

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE
सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)
(स्वास्थ्य देखभाल)

48360
Koshika
foundation
Building block of life.

APPLICATION No. :

आवेदन संख्या :

B/0619/0198

APPLICATION DATE :

आवेदन तिथि

5/6/2019

NAME of APPLICANT :

आवेदक का नाम

Venkataramiah

AGE-YEARS आयु-वर्ष

SEX लिंग

63

M

FATHER'S/SPOUSE'S NAME :

पिता/पत्नी का नाम

Venkataiah

PRESENT RESIDENCE ADDRESS वर्तमान आवासीय पता

Kavalapally, Sundapally Mandalam,

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS : स्थाई आवासीय पता

Piler, Chittoor Dist, Andhra Pradesh

OCCUPATION :

व्यवसाय

Farmer

MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)

TOTAL ANNUAL INCOME :

कुल वार्षिक आय

35,000/-

(Attach Proof of Income)

(आय का साक्ष्य संलग्न)

PAN No. स्थाई खाता संख्या

ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable):

क्या आप आय कर चुकाते हैं (को मान्य हो उस पर सही का निशान लगाएं)

Yes / No

हां / नहीं

FAMILY DETAILS परिवार विवरण

Sr. No. क्रम संख्या	Name of Family Member परिवार के सदस्यों का नाम	Age (Years) उम्र (वर्ष)	Gender लिंग	Relation with Applicant आवेदक के साथ संबंध
1	D. Ramesh	43	M	Son
2	Suresh	40	M	Son
3	Mangaraja	35	M	Son
4	Kumari	30	F	daughter

BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable)

सहायता के लिये विनति आधार

BPL Card (Attach Card Copy) गरीबी रेशा के नीचे प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें)	EWS Certificate (Attach Certificate Copy) अल्प आय वर्ग प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें)	Ration Card (Attach Copy) उपभोग्य कार्ड (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें)	Any Other Basis/Proof अन्य कोई साक्ष्य
---	---	--	--

"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE:

सहायता हेतु किसे गये विनती का उद्देश्य:

Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached अस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई प्रतिवेदन सूची संलग्न
1	Doc left eye glc + 10L

ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES

इस उद्देश्य के हेतु कोई अन्य सहायता किसी अन्य स्रोत से लिया गया है?

Sr. No. क्रम संख्या	NAME of OTHER SOURCE अन्य स्रोत का नाम	AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILED सी गई सहायता राशी
	BWLEH	

DECLARATION by APPLICANT: **अभ्यर्थक द्वारा घोषणा पत्र:**

- 1) I hereby confirm that all details in this Form are True to the best of my knowledge. Any false statement will render my Application & ongoing assistance, if any, liable for rejection/cancellation.
- 2) I solemnly confirm that assistance, if received from Koshika Foundation, will be used only for the "purpose", as stated in this Form, for which such assistance was requested by me.
- 3) I hereby confirm that I have not & will not in future, avail of reimbursement, in part or in full, from any other source/employer/insurance company, of the amount for which this assistance is requested.

- 1) मैं घोषणा करता हूँ कि इस प्रारूप में दिये गये सभी विवरण मेरी जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई धिक्कार एवं कथन असत्य पाया जाता है तो मेरी सहायता निरस्त की जा सकती है।
- 2) मेरे द्वारा जो सहायता राशि "बीशिका फाउन्डेशन", से ली जा रही है, उसका उपयोग इसी उद्देश्य को पूर्ण करने के लिये किया जाएगा, जो इस प्रारूप में पता गया है।
- 3) मैं पुनः करता हूँ कि बिना सहायता हेतु वह प्रार्थना की गई है, उस राशि का आंशिक या सकल हिस्सा किसी अन्य सोशल/पब्लिक/बीशिका कम्पनी से न ले लिया है और न ही भविष्य में लूँगा।

1) By affixing my signature or thumb impression on this Form, I (Applicant) hereby agree & authorise Koshika Foundation and it's Trustees to use/publish/put-up/reproduce my name, address, photo & details of the "purpose", for which such assistance is requested/granted, through any medium, including but not limited to verbal, print, electronic, for soliciting donations for Koshika Foundation and/or disseminating information about it's activities/achievements. Such use of my photo & details can be made by Koshika Foundation before or after my treatment or fulfillment of the "purpose" for which assistance is being requested.

2) I (Applicant) further agree that any such use of my name, address, photo & details of the "purpose", for which such assistance is requested/granted, will not automatically entitle me for receiving or continuing the said assistance. The decision for granting and/or continuing the assistance will rest solely with the Trustees of Koshika Foundation, and their decision in this regard will be final and acceptable to me.

1) इस प्रश्न पर अपने हस्ताक्षर या ओंठों की छाप लगाकर, मैं (आवेदक) अपनी सहमति की पुष्टि करता हूँ एवं "कोशिका फाउंडेशन और उसके ग्यासीयों" को अधिकृत करता हूँ कि मैंने जहाँ, पता, फोटो और जो विवरण इस प्रश्न में प्रेषित हैं, उसे "कोशिका" एम्ब्ले ग्यासी, दान, वाचना/या दूसरे उद्देश्य से जुड़ी गतिविधियों और उपस्थितियों के लिये किसी भी प्रकार माग्यन से सम्बन्धित करने के लिए अधिकृत है। ये प्रश्न का विवरण मेरी इच्छा के खतरे या बाद में करने के लिए "कोशिका फाउंडेशन" व ग्यासी अधिकृत है।

2) मैं (अभेदक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और शिथल को कि सहायता के उद्देश्यों से प्रार्थित है मुझे स्पष्ट: सहायता का इस्तेमाल नहीं करना। इस सम्बंध में "अतिरिक्त" एवम उसके व्यक्तियों का निर्णय अंतिम और बाध्यकारी होगा।

आधेदक के दशकपर या अंगुठी का निशान

AGREEMENT by HOSPITAL (हॉस्पिटल द्वारा कबूल)

By affixing hereunder, signature of our Authorised Signatory for recommending this case/patient for financial assistance from Koshika Foundation, we (Hospital) hereby affirm & accept following:

1) that we neither are presently nor will in future avail of financial assistance from another NGO or any other source, for the same patient/case, as we are requesting to get from Koshika Foundation, to the extent that such assistance is granted by Koshika Foundation. If the requested assistance is not granted by Koshika Foundation, in part or in full, then the Hospital reserves it's right to make up the shortfall from another NGO or any other source. This confirmation essentially states that the Hospital will not avail any duplicate assistance for the same patient/case from any other NGO or any other source.

2) The assistance from Koshika Foundation is only financial in nature. The choice of the treatment/procedure advised/conducted by the Hospital on the patient, is based on the arrangement between the patient & the Hospital, and is in no way influenced by Koshika Foundation. Hence, the Hospital will assume sole & complete responsibility of the treatment & it's outcome & safety of the patient, and Koshika Foundation will have no role or responsibility in the matter.

हमारे अधिकार हमेशाही की ओर से मानव/रानी को "कोशिका फायनेंस" से विधिगत प्रभावित होना सिफारिश की जाती है, जिसे हम (हमसाल) विभिन्न प्रकार से मान्य व स्वीकार करते हैं।

1) यह कि न तो वर्तमान और न ही भविष्य में विविध सहायता किसी भी सरकारी संस्थान या किसी अन्य संकेत से उक्त लेखीयमपले में लेने या ले रही है, जैसे कि हमने "कोशिका फाउन्डेशन" से सिकरिस्टिबिलिटी उक्त के सम्बंध में "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा गहर सेकु कि है। यदि "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा सहायता विविध अतिरिक्त/सकल हेतु मन्जूर नहीं किया जाता है तो अस्पताल किसी अन्य गैर सरकारी संस्था या किसी अन्य संस्थापन से सहायता लेने का अधिकार सुरक्षित रखता है। इस दृष्टि में स्पष्ट कहा जाता है कि अस्पताल द्वितीय मरद उक्त रोगी/रामले हेतु किसी गैर सरकारी संस्था या किसी अन्य साधन से नहीं लेगा/लेगी।

2. "कोशिका पाठनॉशन" से तो गई सहायता कोल विविध प्रकृति की है। ऐंगी पर हस्तगत द्वारा दी गई सलाह या बिन्दे गये उपकार/प्रक्रिया का चुनव ऐंगी एवं हस्तगत के बीच का बिन्दव है और "कोशिका पाठनॉशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई दबाव नहीं है। इसलिये हस्तगत में ऐंगी के इलाज सुरक्षा और आने जाने की सारी जिम्मेदारी ऐंगी एवं हस्तगत की होगी और "कोशिका" को कोई धीका या जिम्मेदारी इस मामले में नहीं होगी।

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE
स्थायकता के लिए संस्थिति

Date of Surgery
ऑपरेशन की तारीख

5/6/19

Dr. Rachel Joseph
(Name of Dr. & Regn. No. with Stamp)
मुख्य का नाम व हस्ताक्षर सहित न.

(Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory
on behalf of Hospital)

B.W. Lिंगम, व. नर इस्सलाल अधिकृत अधिकारी

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION

आन्तरिक उपयोग हेतु
Off: J.C. Road, Baranagar - 700 053

SIGNATURE of TRUSTEE 1
न्यायी हस्ताक्षर 1

SIGNATURE of TRUSTEE 2
न्यासी हस्ताक्षर 2

Erfranz

Rich