

43699

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE
सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)
(स्वास्थ्य देखभाल)

APPLICATION No.:
आवेदन संख्या : 01061910934

APPLICATION DATE:
आवेदन हिन्दी 12/6/19

NAME of APPLICANT:
आवेदक का नाम Krishnamma

AGE-YEARS वार्ष-वर्ष 50
SEX लिंग f

FATHER'S/SPOUSE'S NAME:
पिता/कन्द्रु का नाम Rajaiah

PRESENT RESIDENCE ADDRESS: वर्तमान आवासीय पता

Jandla Dhanwade,

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS: स्थाई आवासीय पता

Ples Mandalam, Chittoor Dist Andhra Pradesh



0934 0934
Krishnamma Krishnamma
Pw Op Pw Op

OCCUPATION: अवसाध House Wife

MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)

TOTAL ANNUAL INCOME:
कुल वार्षिक आय

₹12,000/- [Family Income]

(Attach Proof of Income)
(आय का स्वाक्षर संलग्न)

PAN No. स्थाई खाता संख्या

ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSSEE (Tick whichever is applicable):
क्या आप आय कर रहा है (जो सब्जेक्ट हो डाय पर सही का निशान लगाओ)

Yes / No
हाँ / 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 सम्बन्ध
1	Vasu	30	M	son
2	Batchuminaidu	28	M	son
3	Nagayogini	21	F	daughter
4	Brinda	22	F	daughter

BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable)
सहायता के लिए विनाशी आवाय

SPL Card (Attach Card Copy) सर्टिफी रेल्यू के नीचे प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की छाप प्रति संलग्न करें)	EWS Certificate (Attach Certificate Copy) एस्सी आय मर्ग प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की छाप प्रति संलग्न करें)	Ration Card (Attach Copy) उपचालक कार्ड (प्रमाण पत्र की छाप प्रति संलग्न करें)	Any Other Basis/Proof अन्य कोई साक्ष्य

"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE:

सहायता हेतु किसे गमे विनाशी का उद्देश्य:

Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached अस्पताल/हाप्तर से जारी की गई प्रतीयेदन सूची संलग्न
	DOV
	Right eye
	SGCS + TOL

ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES
इस उद्देश्य के हेतु कोई अन्य सहायता किसी अन्य स्रोत से लिया गया हो?

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: अप्पेलेंट द्वारा घोषणा यथा:

- 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 & ... 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 प्राप्ति से लिये गये सभी विवरण में सही जानकारी के अनुसार सत्य एवं यथा है। परं कोई विवरण ऐसे कारण असत्य यथा जाता है तो मेरे सहायता निवाले की जा सकती है।
- 2) मेरे हाथ द्वारा दर्शाया दर्शा "कोशिका पाइलार्सन", मेरी जा जाती है, उसका डायरेक्टर मीटिंग के लिये किया जायेगा, जो इस प्राप्ति में भाग नहीं है।
- 3) मैं पूर्ण करता हूँ कि विषय सहायता हेतु यह प्राप्ति को गई है, उस दर्शाव का अधीक्षक या सफल विस्तृत विवेचनार्थीमा कम्पनी से न ली गयी है और वही विवरण में है।

AGREEMENT by APPLICANT (अप्पेलेंट द्वारा कराया)

- 1) By affixing my signature or thumb impression on this Form, I (Applicant) hereby agree & authorise Koshika Foundation and its 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 its activities/achievements. Such use of my photo & details can be made by Koshika Foundation before or after my treatment or fulfilment 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 प्राप्ति पर अप्पेरे हस्ताक्षर या अंगठे या साथे सहायता, मैं (अप्पेलेंट) अपनी सहायता की पुरानी करता हूँ एवं "कोशिका पाइलार्सन और उसके सदस्यों" को अधिकृत करता हूँ कि मेरे जरूर जाया, खोटा और जो विवरण इस प्राप्ति में संबंधित है, उसे "कोशिका" एवं न्यूट्रो, डाय, चायनाया द्वारा डर्टेसन से जुड़ी गतिविधियों और उपलब्धियों के लिये किसी भी प्रकार गणना से प्राप्तिरूप करने के लिए अधिकृत है। मेरे प्रपत्र का विवरण में इसका एवं पहले या बाद में करने के लिए "कोशिका पाइलार्सन" व न्यूट्रो अधिकृत है।
- 2) मैं (अप्पेलेंट) इस जाति से सहायता हूँ कि मेरे नाम, जाति, खोटा और विवरण जो कि सहायता के डर्टेसन से प्राप्ति है जुड़ी रूपरूप सहायता का इकाई नहीं बनता। इस सम्बन्ध में "कोशिका" एवं न्यूट्रो न्यासियों का निचले अधिकृत और साक्षात् होगा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION :

अप्पेलेंट के हस्ताक्षर या अंगठे का निचला



AGREEMENT by HOSPITAL (हस्पताल द्वारा कराया)

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 its 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 & its outcome & safety of the patient, and Koshika Foundation will have no role or responsibility in the matter.

इसी अधिकृत, हस्ताक्षरी की ओर से सहायतेरी को "कोशिका पाइलार्सन" से विलियम सहायता हेतु लियागी जाती है, जिसे हम (हस्पताल) निम्न प्रकार से मान्य व स्वीकृत करते हैं।

- 1) यह कि वह तो बोल्डन और न ही अधिकृत में विलियम सहायता किसी भी भावकारी संस्थान का फिसी अन्य स्वेच्छा से उभा योगी/व्यक्ति ने लेने या ले रखे हैं, जैसे कि हमने "कोशिका पाइलार्सन" में विलियम/विलियम उभा के सम्बन्ध में "कोशिका पाइलार्सन" द्वारा यह देते हैं। यदि "कोशिका पाइलार्सन" द्वारा सहायता विनियोगी/सकलते हेतु बन्दूर जीवी किया जाता है तो अस्पताल किसी अन्य और सहकारी संस्था या किसी अन्य सम्बन्धन से सहायता लेने का अधिकार भूलिया रखता है। इस दृष्टि में स्पष्ट जाता जाता है कि अस्पताल द्वितीय रूपरूप उभा योगी/व्यक्ति देते हैं कि और सहकारी संस्था या किसी अन्य साधन से नहीं होता है।
2. "कोशिका पाइलार्सन" से ली गई सहायता केवल विलियम प्रदूषित की है। उसी पर अस्पताल द्वारा यह विलियम एवं प्रदूषित का "चुनाव देंगे" एवं हस्पताल की ओर का विषय है और "कोशिका पाइलार्सन" द्वारा किसी प्रकार का कोई रूपरूप नहीं है। इससिद्ध हस्पताल में योगी वै इलाज सुना और आने जाने की सही विवेदारी देंगे एवं हस्पताल की होती और "कोशिका" की कोई दूसरी का विवेदारी इस सम्बन्ध में नहीं होती।

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE

स्वीकृती के लिए संमति

Date of Surgery अस्पताल की तारीख 12/6/19	Dr. (Name of Dr. & Regn. No. with Stamp) डॉ. रेग्न. नं. का विवरण दिया जायेगा।	Tyohri Deepak Tyohri Deepak (Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory on behalf of Hospital) B.W.L.I. बृंग व लूह हस्पताल अधिकृत अधिकारी अन्नलौक उपनगर बैंगलोर Opp. J.T. Road, Bangalore - 560 002
--	---	---

SIGNATURE of TRUSTEE 1

न्यूट्रो हस्पताल 1

SIGNATURE of TRUSTEE 2

न्यूट्रो हस्पताल 2