

43734

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE

सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)
(स्वास्थ्य देखभाल)Koshika
foundation
Building block of life.

APPLICATION No. :

आवेदन संख्या :

B/0619/0247

APPLICATION DATE :

आवेदन तिथि

12/6/19

NAME of APPLICANT :

आवेदक का नाम

Adhiamma

AGE-YEARS आयु-वर्ष

58

SEX लिंग

F

FATHER'S/SPOUSE'S NAME :

पिता/कटुम्भ का नाम

Narasimhalu

PRESENT RESIDENCE ADDRESS वर्तमान आवासीय पता

Kambhawasipally, K/Pally Mandalam,

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS : स्थाई आवासीय पता

Piler, Chittoor Dist, Andhra Pradesh

OCCUPATION :

व्यवसाय

House wife.

MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)

TOTAL ANNUAL INCOME :

कुल वार्षिक आय

50,000/- [Family Income]

(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 दाता हैं (जो 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 सम्बन्ध
1	Chandrabala	38	F	daughter
2	Estheramma	35	F	daughter
3	Nagarjun	31	M	son

BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable)
सहायता के लिये विनति आधार

BPL Card (Attach Card Copy) गरीबी रखा 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) उपभोक्ता कार्ड (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें)	Any Other Basis/Proof अन्य कोई साक्ष्य
--	---	---	--

"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE:

सहायता हेतु किये गये विनती का उद्देश्य:

Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached अस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई प्रतिलेखन सूची संलग्न
	DOV
	Left eye
	Sties + IOL

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	

0247 0247
Adhiamma Adhiamma
PreOp PostOp

DECLARATION by APPLICANT: सर्वोदय कृष्ण सोनवत

DECLARATION by APPLICANT: I declare that the above information is true and correct to the best of my knowledge. Any false statement will render my Application & ongoing assistance, if any.

- 1) I hereby confirm that all details in this Form are true to the best of my knowledge. Any false statement is 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 यहाँ पर कहता हूँ कि इस प्रकरण में दिये गये सभी विवरण मेरी जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई विवरण एवं कथन असत्य पाया जाता है तो मेरी सहायता निरस्त की जा सकती है।
- 2) मेरे द्वारा जो सहायता एग्री "कोशिका फाउन्डेशन", से ली जा रही है, उसका उपयोग उन्ही उद्देश्य की पूर्ति के लिये किया जायेगा, जो इस प्रकरण में भरा गया है।
- 3) मैं पुनः कहता हूँ कि जिस सहायता हेतु यह प्रार्थना की गई है, उस एग्री का जतिशक या सकल विस्तार किसी अन्य स्रोत/एम्प्लॉयर/इन्सुरेंस कंपनी से न हो लिया है और न ही भविष्य में लीगा।
- AGREEMENT by APPLICANT (आवेदक द्वारा करार)

AGREEMENT by APPLICANT (आवेदक द्वारा करार)

- 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 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 is this regard will be final and acceptable to me.
- 1) इस प्रपत्र पर अपने हस्ताक्षर या अँगुठे की छाप लगाकर, मैं (आवेदक) अपनी सहमति की पुष्टि करता हूँ एवं "कोशिका फाउंडेशन और उसके न्यासीयों" को अधिकृत करता हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और जो विवरण इस प्रपत्र में जोड़ित है, उसे "कोशिका" एवम् जात्रो, पार, माधन/या दूले उद्देश्य से जुड़ी गतिविधियों और उपलब्धियों के लिये किसी भी प्रकार माध्यम से प्रसारित करने के लिये अधिकृत है। मेरे प्रपत्र का बिनाग मेरे हस्ताक्षर के पहले या बाद में करने के लिये "कोशिका फाउंडेशन" व न्यासी अधिकृत है।
- 2) मैं (आवेदक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण जो कि साहाय्य के उद्देश्यों से प्रसारित है मुझे स्वतः साहाय्य का हकदार नहीं करता। इस संबंध में "कोशिका" एवम् उसके न्यासीयों का निर्णय अंतिम और बाध्यकारी होगा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION :

आवेदक के हस्ताक्षर या अंगूठे का निशान



AGREEMENT by HOSPITAL (हस्पताल द्वारा स्वीकृति)

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:

- By affixing hereunder, signature of duly authorised signatory for recommending (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 अधिकृत, हस्ताक्षरी की ओर से मामले/प्रेषण को "बौद्धिक संप्रदाय" से प्रेषित सहायता हेतु सिफारिश की जाती है, जिसे हम (हस्ताक्षर) निम्न प्रकार से मान्य व स्वीकार करते हैं।

- हमारे अधिकार, हस्तक्षेप की ओर से मामले/रंगी को "कोर्टिका फाउन्डेशन" से विधिवे सहायता हेतु सिफारिश की जाती है, जिसे हम (हमसाल) अपने प्रकाश से मान्य व अधिकार प्राप्त है।
- 1) यह कि न तो सर्वान और न ही भविष्य में विधिवे सहायता किसी गैर सरकारी संस्था या किसी अन्य स्रोत से उठा लेनी/मानने में लेने या ले रहे है, जैसे कि हमने "कोर्टिका फाउन्डेशन" से सिफारिश/विनिधि उक्त के सम्बंध में "कोर्टिका फाउन्डेशन" द्वारा मदद हेतु कि है। यदि "कोर्टिका फाउन्डेशन" द्वारा सहायता विनिधि अधिकार/सफल हेतु मन्तुर नहीं किया जाता है तो असमर्थता से सिफारिश/विनिधि उक्त के सम्बंध में "कोर्टिका फाउन्डेशन" द्वारा मदद हेतु कि है। इस पुष्टि में स्पष्ट कहा जाता है कि असमर्थता विनिधि मदद उक्त रंगी/मानने हेतु किसी किसी अन्य गैर सरकारी संस्था या किसी अन्य सहायन से सहायता लेने का अधिकार सुरक्षित रहता है। इस पुष्टि में स्पष्ट कहा जाता है कि असमर्थता विनिधि मदद उक्त रंगी/मानने हेतु किसी गैर सरकारी संस्था या किसी अन्य सहायन से नहीं लेना/लेगी।
2. "कोर्टिका फाउन्डेशन" से जो यह सहायता केवल विधिवे प्रकृति को है। रंगी पर हमसाल द्वारा दो वर्ष सलाह या बिने गये जनवाद/प्रक्रिया का चुनाव रंगी एवं हमसाल के बीच का विषय है और "कोर्टिका फाउन्डेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई दबाव नहीं है। इसीप्रति हमसाल में रंगी के इतना सुरक्षा और आने जाने की सारी जिम्मेदारी रंगी एवं हमसाल को होती और "कोर्टिका" को कोई दूकिया या जिम्मेदारी इस मामले में नहीं होगी।

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE
स्वीकृती के लिए संस्तुति

Date of Surgery
ऑपरेशन की तारीख

12/6/19

(Name of Dr. & Regd. No. with Stamp)

हाइड्रोजन का नाम व इस्तावर व रजि. न.

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

B. W. Liong
B. W. Liong

850 S. Johns Eye Hospital Road

Off. J.C. Road, Bangalore - 560 002

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION

SIGNATURE of TRUSTEE 1
न्यासी हस्ताक्षर ।

SIGNATURE of TRUSTEE 2
न्यासी हस्ताक्षर 2

Exbury

Rich