

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE

सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)

(स्वास्थ्य देखभाल)

Koshika
foundation

Building Block of life

APPLICATION No.:

आवेदन संख्या:

B/0719/0314

APPLICATION DATE:

आवेदन तिथि

17/3/2019

NAME of APPLICANT:

आवेदक का नाम

Lakshmana

AGE-YEARS आयु-वर्ष

60

SEX लिंग

f

FATHER'S/SPOUSE'S NAME:

पिता/सहोदर का नाम

Venkataramana

PRESENT RESIDENCE ADDRESS वर्तमान आवासीय पता

Lab Prudadeu, Vyalarpetu Mandalam,

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS: स्थायी आवासीय पता

Prater, 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 प्रमाण संलग्न करें)

PAN No. क्या है/क्या नहीं है

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

क्या आप आय कर दाता हैं (जो मान्य हो उस पर चिह्न का निशान लगाएं)

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	Lakshmana	40	M	son
2	Deepa	38	M	son
3	Pravitha	36	F	daughter
4	Pravitha	34	F	daughter

BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable)

सहायता के लिये विधि आधार

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

"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE:

सहायता हेतु किसे लक्ष्य विधि का उद्देश्य:

Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached अस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई प्रमाणपत्र सुची संलग्न
	Doc
	Left eye
	gluc + Tol

ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES

इस उद्देश्य के हेतु कोई अन्य सहायता किसी अन्य स्रोत से लिये गयी है?

Sr. No. क्रम संख्या	NAME of OTHER SOURCE अन्य स्रोत का नाम	AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILED जी लक्ष्य सहायता राशि
	BWH	



0314 0314
Lakshmana Lakshmana
Pre. of Post. of

DECLARATION by APPLICANT: ☐ YES ☐ NO ☐ N/A

- 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 यथार्थ बता रहा हूँ कि इस प्रश्न में दिये गये सभी विवरण मेरी जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई विवरण एवं कथन असत्य पाया जाता है तो मेरी प्रार्थना निरस्त की जा सकती है।
- 2) मैं इस से सहायता एवम् "कीटिका फाउन्डेशन", से ही जा रही हूँ, उसका उपयोग मेरी प्रार्थना की पूर्ति के लिये किया जायेगा, जो इस प्रश्न में भरा गया है।
- 3) मैं पुष्टि करता हूँ कि भविष्य में प्रार्थना हेतु यह राशि किसी भी अन्य स्रोत/एम्प्लॉयर/इन्सुरेंस कंपनी से न ली जायेगी और न ही कीटिका से ली जायेगी।

AGREEMENT by APPLICANT (under 21 years)

- 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 इलाका या जिला की छाप लगाकर, मैं (अर्जेंट) अपनी सहायी की पुष्टि करता हूँ एवं "कोशिका फाउंडेशन और उसके ट्रस्टियों" को अधिकृत करता हूँ कि वे मेरा नाम, पता, फोटो और वो विवरण इस प्रश्न में घोषित है, उसे "कोशिका" द्वारा न्यायो, दान, वाचनाय दूधो उद्देश्य में सुदो गतिविधियों और उपलब्धियों को लिखे किन्तो मे प्रता सम्मान से प्रकाश करने को लिख अधिकृत है। मेरे प्रश्न का विवरण मेरे इलाका के पहले या बाद मे करने को लिख "कोशिका फाउंडेशन" व न्यायो अधिकृत है।
- 2) मैं (अर्जेंट) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण को कि सम्मान को उद्देश्य मे शामिल है मुझे न्यायो: सम्मान का हकदार नही करता। इस सम्बंध मे "कोशिका" द्वारा उसके न्यायियों का निर्णय अंतिम और बाधनीय होगा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION:

आवेदक के हस्ताक्षर या अंगुली का निशान



AGREEMENT by HOSPITAL (ATTACH TO WFF)

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:

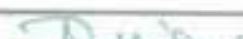
- 1) that we neither are presently nor will in future avail of financial assistance from another NGO or any other source, for the same patient/case, as we are requesting to get from Koshika Foundation, to the extent that such assistance is granted by Koshika Foundation. If the requested assistance is 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.

इससे अचिन्त, इसलिये की ओर से सम्पत्ति/पैसा को "कोशिका वाइब्रेशन" से विलीन प्रभावित होतु विचारविश की जाती है, जिसे इन (इन्फ्राल्ड) विन प्रकार से मान्य व स्वीकार करते हैं।

- 1) यह कि न तो कॉलेज और न ही परिवार में शिक्षित छात्राया किसी भी साक्षरी संगठन या किसी अन्य संगठन से उच्च लेडीजवालों में होने या उसे होना है, जैसे कि अपने "बोर्डिंग हाउस" में डिपार्टमेंट/विजिट उच्च के समय में "बोर्डिंग हाउस" द्वारा गहरा होना कि है। यदि "बोर्डिंग हाउस" द्वारा छात्राया किसी अधिकार/सफल होना जानना नहीं किया जाता है तो अस्पताल किसी अन्य भी सरकारों संगठन या किसी अन्य संगठन से छात्राया होने का अधिकार सुरक्षित रहता है। इस दृष्टि में स्पष्ट कहा जाता है कि अस्पताल शिक्षित गरीब उच्च लेडीजवालों से किसी भी सरकारों संगठन या किसी अन्य संगठन से नहीं संगठनीय।
2. "बोर्डिंग हाउस" से ही यह छात्राया बोलता शिक्षित उच्च की है। ऐसी पर इस्पताल द्वारा ही यह छात्राया या बिना लगे उपचार/प्रक्रिया का मुख्य लेनी एवं इस्पताल को बोल का बिना है और "बोर्डिंग हाउस" द्वारा किसी प्रकार का कोई लक्षण नहीं है। इसलिये इस्पताल में ऐसी के इलाज सुधारा और जहाँ जानों की सभी विमोहनों ऐसी एवं इस्पताल की होनी और "बोर्डिंग" की कोई भविष्य का विमोहनों इस मामले में नहीं होनी।

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE

स्वीडिश के लिए संस्कृति

Date of Surgery ऑपरेशन की तारीख 12/2/19	 Dr. Rachel Joseph D.O.M.S, FIG (Name of Dr. & Regn. No. with Stamp) डॉक्टर का नाम व इलाका व रजि. नं.	 (Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory on behalf of Hospital) डॉ. रमेश बाबु B.V. Laxmi Hospital & Medical Center 100 ft. 10th Eye Hospital Road Old J.C. Road, Bangalore - 560 002
FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION		
SIGNATURE of TRUSTEE 1 न्यासी इलाका 1 	SIGNATURE of TRUSTEE 2 न्यासी इलाका 2 	