

45533

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE

सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)
(स्वास्थ्य देखभाल)

Koshika
foundation
Building Blocks of Life

APPLICATION No.: B/0319/0315 APPLICATION DATE: 14/4/2019
आवेदन संख्या: आवेदन तिथि

NAME of APPLICANT: Yellamma AGE-YEARS आयु-वर्ष: 46 SEX लिंग: F
आवेदक का नाम

FATHER/SPOUSE'S NAME: Ramana
पिता/सहोदर का नाम

PRESENT RESIDENCE ADDRESS: वर्तमान आवासीय पता

Digunabundhivedli, Vayalapadu Mandalam,

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS: स्थायी आवासीय पता

ptey, chaboor dist, Andhra Pradesh



0315 0315
Yellamma Yellamma
Pre.op Post.op

OCCUPATION: House wife
व्यवसाय

MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)

TOTAL ANNUAL INCOME: Rs. 600/- [family Income]
कुल वार्षिक आय

(Attach Proof of Income)
(आय का साक्ष्य संलग्न करें)

PAN No. स्थायी खाता संख्या

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
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	Alakya	20	F	daughter
2	Niparna	18	F	daughter

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

BPL Card (Attach Card Copy) गरीबी रेश का नौपे 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 निम्न निम्न विनति का उद्देश्य:

Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached आपका/डॉक्टर से जारी की गई प्रीस्क्रिप्शन सूची संलग्न
	Gov
	Right eye
	glcs & IOL

ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES
इस उद्देश्य के हेतु कहीं अन्य सहायता किसी अन्य स्रोत से मिल चुकी है?

Sr. No. क्रम संख्या	NAME of OTHER SOURCE अन्य स्रोत का नाम	AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILED उसी हेतु सहायता राशि
	BWTEH	

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 शपथ करता 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 सहायता निरस्त की जा सकती है।

2) मैं इस को सहायता दान "कीटिका फाउन्डेशन", से लेता हूँ।, इसका उपयोग उनी उद्देश्य की पूर्ति के लिये किया जाएगा, जो इस प्रश्न में बतल गया है।

3) मैं यही कहता हूँ कि जिस सहायता हेतु यह प्रार्थना की गई है, उस दान का उपयोग या समकल विस्तार किसी अन्य सोर्स/एम्प्लॉयर/इन्सुरेंस कंपनी से न हो सके है और न ही भविष्य में होगा।

1) I/We affixing my signature and/or thumb impression on this Form, I (Applicant) hereby agree & authorise Koshika Foundation and its Trustees to use/publish/post-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 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 उत्तर इसलिए या जगह की छाप लगाकर, मैं (अर्पक) अपनी जानकारी की पुष्टि करता हूँ एवं "कोशिका फाउंडेशन और उसके न्यासी" को अधिकृत करता हूँ कि वे मेरा नाम, पता, फोटो और जो विवरण इस प्रश्न में घोषित है, उसे "कोशिका" द्वारा न्यूज़, रात, साप्ताहिक पत्रों, उत्सवों में मुझे प्रतिनिधित्व और उपस्थितियों में लाने के लिए किसी भी प्रकार सम्मान से प्रशस्ति करने के लिए अधिकृत है। मेरे प्रश्न का विवरण मेरे इलाज के पहले या बाद में करने के लिए "कोशिका फाउंडेशन" व न्यासी अधिकृत है।

2) मैं (अर्पक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण जो कि सहायता के उद्देश्यों से प्रेषित है मुझे स्वतः सहायता का हक्कदार नहीं करता। इस सम्बंध में "कोशिका" द्वारा उसके न्यासियों का निर्णय अंतिम और बाध्यकारी होगा।

आवेक के इमतावा या अंगुठे का निशान



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.

हमारे अधीन, इससे नीचे की ओर से प्रमाणित की गई "कोशिका फाउंडेशन" से वित्तीय सहायता हेतु सिफारिश की जाती है, जिसे हम (हमself) निम्न प्रकार से मान्य व स्वीकार करते हैं:

- 1) यह कि न तो वर्तमान और न ही भविष्य में वित्तीय सहायता किसी भी बाहरी स्रोत या किसी अन्य स्रोत से इस रोगी/मरीज से लेने या ले रहे हैं, जैसे कि हमें "कोशिका फाउंडेशन" से सिफारिश/विधि इस संभव में "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा मदद हेतु कि है। यदि "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा सहायता निम्न स्वीकृत/किया हेतु मंजूर की बिना बात है तो हमself किसी अन्य या बाहरी स्रोत या किसी अन्य सहायता से सहायता लेने का अधिकार सुरक्षित रहता है। इस दृष्टि में स्पष्ट कहा जात है कि हमself वित्तीय मदद इस रोगी/मरीज हेतु किसी भी बाहरी स्रोत या किसी अन्य स्रोत से नहीं ले रहे/लेती।
2. "कोशिका फाउंडेशन" से लेने या सहायता केवल वित्तीय प्रकृति की है। रोगी या हमself द्वारा दी गई सलाह या चिकित्सा उपचार/प्रक्रिया का चुनाव रोगी एवं हमself के बीच का विषय है और "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई दबाव नहीं है। इसलिए हमself में रोगी के इलाज सुझा और लेने जाने की पूरी जिम्मेदारी रोगी एवं हमself को होती और "कोशिका" को कोई भूमिका या जिम्मेदारी इस मामले में नहीं होती।

इन्दीयादी को लिख संभवति

Date of Surgery अस्त्रोपचार की तारीख 14/11/18	Dr. Rachel Joseph DOMS, FIG (Name of Dr. & Regd. Hospital Stamp) डॉक्टर का नाम व हस्पताल का रजि. नं.	(Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory on behalf of Hospital) डॉ. व. व. इ. हस्पताल का अधिकृत अधिकारी B.W. Laxmi Srinivasan Hospital No. 2, Laxmi Srinivasan Hospital Road Off. 550, Road, Bangalore - 560 002
FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION		
SIGNATURE of TRUSTEE 1 न्यासी हस्ताक्षर 1 	SIGNATURE of TRUSTEE 2 न्यासी हस्ताक्षर 2 	