

H5526

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE
सहायता हेतु आवेदन प्रारूप(Healthcare)
(स्वास्थ्य देखभाल)Koshika
foundation
Building Block of lifeAPPLICATION No.: B/0719/0325
आवेदन संख्या:APPLICATION DATE: 12/2/19
आवेदन तिथिNAME of APPLICANT:
आवेदक का नाम MuniyammaAGE-YEARS आयु-वर्ष 60
SEX लिंग FFATHER'S/SPOUSE'S NAME:
पिता/हठुय का नाम Subramani

PRESENT RESIDENCE ADDRESS वर्तमान आवासीय पता

Narabatti, Hutabhalapatti, Yerravaram
Kandalah

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS स्थायी आवासीय पता

Piler, Chittoor dist., Andhra Pradesh

0325 0325
Muniyamma Muniyamma
Pre.op Post.opOCCUPATION: घरवासी
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. स्याई 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 चिह्न लगावे)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	Anna	40	F	daughter
2	Jyothi	35	F	daughter
3	Sumalatha	31	F	daughter
4	Gopi	28	M	son

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

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

"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE:
सहायता हेतु किये गये विधि का उद्देश्य:

Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached अस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई प्रतिवेदन सूची संलग्न
	Doc
	Right eye
	GICS + IOL

ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES
इस उद्देश्य के हेतु कोई अन्य सहायता किसी अन्य स्रोत से प्राप्त पाया है?

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

DECLARATION by APPLICANT: **सत्यमेव जयते**

- 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 यहाँ पर कबल यह 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 से सहायता यदि "कौशिका फाउन्डेशन", से ही जा रही है, उसका उपयोग उसी उद्देश्य की पूर्ति के लिये किया जायेगा, जो इस प्रश्न में था।
- 3) मैं यहाँ पर कबल यह कि मैं इस सहायता से या प्रत्यक्ष की या नहीं, इस पक्ष का अधिक या कम किसी भी अन्य स्रोत/एम्प्लॉयर/बीमा कंपनी से न ले रहा हूँ और न ही भविष्य में लूँगा।

AGREEMENT by APPLICANT (continue on next page)

- 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 उत्तरों का जवाब को उपर संलग्न, मैं (अर्शक) अपनी सहमति की पुष्टि करता हूँ एवं "कोशिका फाउंडेशन और उसके ट्रस्टी" को अधिकृत करता हूँ कि वे मेरा नाम, पता, फोटो और जो विवरण इस प्रश्न में प्रोदान है, उसे "कोशिका" एवम् न्यायी, दाए, पाषाण/पाषाण द्वारा उद्धार से जुड़ी गतिविधियों और उपलब्धियों के लिए किसी भी प्रकार मध्यम से प्रशिक्षण करने के लिए अधिकृत है। वे प्रश्न का विवरण में प्रदान की पहल में मदद में करने के लिए "कोशिका फाउंडेशन" व न्यायी अधिकृत है।
- 2) मैं (अर्शक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण जो कि प्रदान की उद्देश्यों से प्रेषित है पूर्णतः प्रदान का इस्तेमाल नहीं करता। इस संबंध में "कोशिका" एवम् उसके न्यायियों का निर्णय अंतिम और स्वीकार्य होगा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION :

अमेरिका में इस्तेमाल पर अंग्रेज़ी का नियंत्रण



AGREEMENT by HOSPITAL (FACILITY USE ONLY)

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 अधिकतर, इसकाभी को और से सामने/पीछे को "कोरिआ फाउन्डेशन" से विविध सहायता हेतु सिफारिश भी जाती है, जिसे हुए (हस्तगत) निम्न प्रकार से सम्यक् प्र प्रतीकित करते हैं:

- [illegible]

RECOMMENDED FOR ACCEPTENCE

स्वीकृती के लिए संस्तुति

Date of Surgery ऑपरेशन की तारीख 13/11/19	Dr. Rachel Joseph BOMS, FIG (Name of Dr. & Regd. No. with Stamp) हाकर का नाम व हाकर का रजि. नं.	(Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory on behalf of Hospital) नाम व पद हाकर का नाम व हाकर का रजि. नं.
--	--	--

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION

On P.C. Road, Bangalore - 560 002

SIGNATURE of TRUSTEE 1 આચાર્ય દરભાઈ ૧	SIGNATURE of TRUSTEE 2 આચાર્ય દરભાઈ ૨
	