

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE

सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)

(स्वास्थ्य देखभाल)



Koshika
foundation
Building Block of life

APPLICATION No.: 01019/0334 APPLICATION DATE: 12/2/19

आवेदन संख्या :
आवेदक का नाम

Y. Lakshmaiah

AGE-YEARS आयु-वर्ष SEX लिंग

68

M

FATHER'S/SPOUSE'S NAME :
पिता/पत्नी का नाम

Chinabba. Y

PRESENT RESIDENCE ADDRESS वर्तमान आवासीय पता

Theonavaddapatty, Piler mandalam, N.V Pally
Mandalam.

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS : स्थाई आवासीय पता

Piler, Chittoor dist, Andhra Pradesh

OCCUPATION :
व्यवसाय

Unemployed.

MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)

TOTAL ANNUAL INCOME :
कुल वार्षिक आय

40,000/- (family Income)

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

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	Suresh	38	M	son
2	Ramesh	34	M	son
3	Subramanyam	32	M	son

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

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

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

Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached अस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई प्रतिवेदन सूची संलग्न
	Dev
	1 eye
	glcs + IOL

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

Sr. No. क्रम संख्या	NAME of OTHER SOURCE अन्य स्रोत का नाम	AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILED ली गई सहायता राशी
	Blood H	

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 घोषणा करता हूँ कि इस आवेदन में दिये गये सभी विवरण सही 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 स्पष्ट रूप से सहायता एवम् "कोशिका फाउन्डेशन", से लेती जा रही है, उसका उपयोग इसी उद्देश्य की पूर्ति के लिये किया जाएगा, जो इस आवेदन में पता लगा है।
- 3) मैं पुनः कहना चाहूँ कि जिस सहायता हेतु यह आवेदन की गई है, उस राशि का अधिक या समान दिवादा किसी अन्य सोर्स/एम्प्लॉयर/इंश्योरेंस कंपनी से न ले लिया है और न ही भविष्य में लूँगा।

AGREEMENT by APPLICANT (attach and sign)

- 1) I (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 द्वारा या अपने हस्ताक्षर या अंगूठे की छाप लगाकर, मैं (अर्शिक) 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 द्वारा में प्रेषित है, उसे "कोशिका" द्वारा न्यासी, दान, सहायता प्राप्त करने के लिए प्रचारित करने के लिए प्रसारित कर सकते हैं। इस प्रकार का प्रचार मेरे हस्तक्षेप के बिना या बाद में करने के लिए "कोशिका फाउंडेशन" या न्यासी अधिकृत है।
- 2) मैं (अर्शिक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण जो कि सहायता के उद्देश्य से प्रेषित है पूर्णतः सहायता का इच्छा नहीं करता। इस संबंध में "कोशिका" द्वारा उसके न्यासियों का निर्णय अंतिम और स्वीकार्य होगा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION _____

आवेक के हवाला या अंगुठे का निशान



AGREEMENT by HOSPITAL (FUTURE USE ONLY)

By affixing hereunder, signature of our Authorized 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.

1.) यह कि न तो सड़िया और न ही पश्चिम में विविध सहायक किसी भी साक्ष्यी संभव या किसी अन्य स्रोत से इस टेलीफोनली में होने या तो है, जैसे कि इन "कॉलिंग फारवर्डिंग" से विपरीत/विपरीत इस के समर्थ में "कॉलिंग फारवर्डिंग" हुए गए हैं कि है। यदि "कॉलिंग फारवर्डिंग" हुए सहायक विपरीत अधिभूत/सहायक हैं, तब तो कि या तो सहायक किसी अन्य भी साक्ष्यी संभव या किसी अन्य सहायक से सहायक लेने का अधिभूत सुनिश्चित रहता है। इस पृष्ठ में स्पष्ट कहा जाता है कि सहायक विपरीत अगर इस टेलीफोनली हैं, किसी भी साक्ष्यी संभव या किसी अन्य सहायक से नहीं लेता/लेती।

RECOMMENDED FOR ACCEPTENCE

स्वाध्यायी चो सिरा संस्तुति

Date of Surgery
ऑपरेशन की तारीख

12/12/17

Dr. Rachel Joseph
DOMS, FIG

(Name of Dr. & Regn. No. With Stamp)
डाक्टर का नाम व इस्ताफा व रजि. नं.

Jyothi Deepak
(Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory
on behalf of Hospital)
B.W. Lions Speciality Hospital

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION

ಖರ್ಚು: 5000/-

SIGNATURE of TRUSTEE 1
न्यासी इम्तकान ।

Exempel

SIGNATURE of TRUSTEE 2
नामही इम्तयाज 2

1228