

45247



APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE
(Healthcare)
(स्वास्थ्य देखभाल)

APPLICATION No.: 6/0219/0341
आवेदन संख्या:

APPLICATION DATE: 12/12/19
आवेदन तिथि:

NAME of APPLICANT: V. Venkiah
आवेदक का नाम:

AGE-YEARS आयु-वर्ष: 70
SEX लिंग: M

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

PRESENT RESIDENCE ADDRESS: K. V. Patti mandalam,
Kodakundapally, K. V. Patti mandalam,
PERMANENT RESIDENCE ADDRESS: Piler, Chittoor dist., Andhra Pradesh



OCCUPATION: Unemployed
व्यवसाय:

MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित):
TOTAL ANNUAL INCOME: 40,000/- [Family Income]
कुल वार्षिक आय (आय का सत्य स्रोत):

PAN No. (आपका पास है):
ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable):
क्या आप आय कर दाता हैं (को सत्य हो उस पर सही का चिह्न लगाएं):

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 से संबंध
1	Thirumappa	45	M	Son
2	Ramesh	42	M	Son
3	Lakshmi Devi	38	F	Daughter
4	Chandradevi	35	F	Daughter

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

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

"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE:
सहायता हेतु विधि गरीबी का उद्देश्य:

Medical Reports/Prescriptions Attached
अस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई प्रतिवेदन सूची संलग्न

Doc
Left 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 राशि
	BWELH	

DECLARATION by APPLICANT: आवेदक द्वारा घोषणा करें:

- 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 प्रपत्र में दिये गये सभी विवरण सही जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई विवरण सत्य नहीं प्रमाणित होता है तो मेरी प्रार्थना निरस्त की जा सकती है।
- 2) मैं दृढ़ता से सहायता यदि "कोशिका फाउन्डेशन", से ली जा रही है, उसका उपयोग इसी उद्देश्य को पूर्ण करने के लिए किया जाएगा, जो इस प्रपत्र में चला गया है।
- 3) मैं पुष्टि करता हूँ कि इस सहायता हेतु वह प्रत्येक की नहीं है, इस एप्लीकेशन या प्रपत्र के द्वारा किसी अन्य स्रोत/एम्प्लॉयर/इंश्योरेंस कंपनी से न ली जाये और न ही भविष्य में लेंगे।

AGREEMENT by APPLICANT (आवेदक द्वारा कबला)

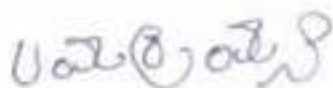
1) By affixing my signature or thumb impression on this Form, I (Applicant) hereby agree & authorize Koshika Foundation and it's Trustees to use/publish/put-up/reproduce my name, address, photo & details of the "purpose", for which such assistance is requested/granted, through any medium, including but 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 प्रपत्र पर अपने हस्ताक्षर या अंगूठे की छाप लगाकर, मैं (आवेदक) अपने नाम/पता की पुष्टि करता हूँ एवं "कोशिका फाउन्डेशन और इसके ट्रस्टियों" को अधिकृत करता हूँ कि वे मेरा नाम, पता, फोटो और मेरे विवरण इस प्रपत्र में घोषित हैं, उसे "कोशिका" एवम् ग्राहकों, दान, सहायता/पुनर्प्राप्ति के माध्यम से जुड़ी गतिविधियों और उपलब्धियों के लिए किसी भी प्रकार माध्यम से प्रसारित करने के लिए अधिकृत है। मेरी प्रपत्र का विवरण मेरी प्रार्थना के पालन या कार्य में करने के लिए "कोशिका फाउन्डेशन" से जारी अधिकृत है।
- 2) मैं (आवेदक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण जो कि सहायता के उद्देश्यों से प्रेषित है, प्रेषित करने के बाद भी प्रसारित नहीं किया जा सकता। इस प्रपत्र में "कोशिका" एवम् इसके ट्रस्टियों का विवरण भविष्य और सहायता हेतु होगा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION :

आवेदक के हस्ताक्षर या अंगूठे का निशान



AGREEMENT by HOSPITAL (हस्पताल द्वारा कबला)

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:

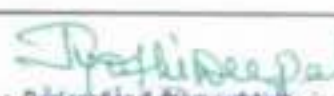
- 1) that we neither are presently nor will in future avail of financial assistance from another NGO or any other source, for the same patient/case, as we are requesting to get from Koshika Foundation, to the extent that such assistance is granted by Koshika Foundation. If the requested assistance is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

हमारे अधिकृत, हस्ताक्षर की और से सहायता हेतु सिफारिश की जाती है, जिसे हम (हस्पताल) निम्न प्रकार से मान्यता दे सकते हैं।

- 1) यह कि न तो वर्तमान और न ही भविष्य में वित्तीय सहायता किसी भी प्रकार की संस्था या किसी अन्य स्रोत से प्राप्त की जायेगी, जो कि हमने "कोशिका फाउन्डेशन" से सिफारिश/निर्देशित किया है, जब तक कि "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा मदद न हो कि है। यदि "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा सहायता नहीं मिली, तो हमें अपने आप ही मदद करने के लिए बाध्य रहेंगे। यह पुष्टि करने के लिए कि हमें सहायता मिलेगी, हमें सहायता देने का अधिकार सुरक्षित रखते हैं। हम पुष्टि में स्पष्ट करता है कि हमें सहायता मिलेगी, हमें सहायता देने का अधिकार सुरक्षित रखते हैं। हम पुष्टि में स्पष्ट करता है कि हमें सहायता मिलेगी, हमें सहायता देने का अधिकार सुरक्षित रखते हैं।
2. "कोशिका फाउन्डेशन" से ली गई सहायता केवल वित्तीय प्रकृति की है। रोगी या हस्पताल द्वारा ली गई सहायता या किसी भी प्रकार की प्रक्रिया का चुनाव रोगी एवं हस्पताल के बीच का विषय है और "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई दबाव नहीं है। इसलिए हस्पताल में रोगी को हलायत सुरक्षा और जाने जाने की सही जिम्मेदारी रोगी एवं हस्पताल की होगी और "कोशिका" को कोई भूमिका या जिम्मेदारी इस मामले में नहीं होगी।

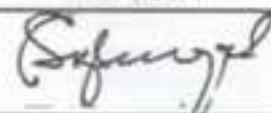
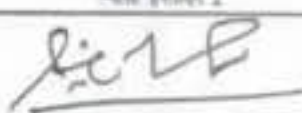
RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE

सिफारिश के लिए संस्तुति

Date of Surgery ऑपरेशन की तारीख 17/9/19	 Dr. Rachel Joseph (Name of Dr. & Reg. No. with Stamp) डाक्टर का नाम और पता	 (Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory on behalf of Hospital) हमारे द्वारा हस्ताक्षर अधिकृत अधिकारी
---	--	---

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION

अन्तर्गत उपयोग हेतु
Koshika Foundation
C/o Dr. Ravi Shankar, 543/1007

SIGNATURE of TRUSTEE 1 आपसी हस्ताक्षर 1 	SIGNATURE of TRUSTEE 2 आपसी हस्ताक्षर 2 
---	--