

17913

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE

सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)

(स्वास्थ्य देखभाल)

Koshika
foundation

Building Block of life.

APPLICATION No. : आवेदन संख्या : 610919/0456 APPLICATION DATE : आवेदन तिथि 11/9/19

NAME of APPLICANT : आवेदक का नाम Subash Chandraiah AGE-YEARS आयु-वर्ष 80 SEX लिंग M

FATHER'S/SPOUSE'S NAME : पिता/कन्या का नाम Subbaiah

PRESENT RESIDENCE ADDRESS वर्तमान आवासीय पता

11/11/8, Vinayaka Nagar,

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS स्थायी आवासीय पता

Palem, Chittoor Dist., Andhra Pradesh



0456 0456
Subash Chandraiah Subash Chandraiah
Post. of Pre. of

OCCUPATION : व्यवसाय Unemployed MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)

TOTAL ANNUAL INCOME : कुल वार्षिक आय 15,000/- [family Income] (Attach Proof of Income) (आय का प्रमाण प्रस्तुत 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 सही का चिह्न 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.	Venkataramana	55	M	son
2.	Shankara	51	M	son
3.	Amrutha	48	F	daughter

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 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 साक्ष्य
---	---	--	--

"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE:
सहायता हेतु किसे करने विनियम का उद्देश्य:

Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached वैद्यकीय रिपोर्ट/प्रीस्क्रिप्शन संलग्न
	Doc Right Eye Sust + 10L

ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES
इस उद्देश्य के हेतु कोई अन्य सहायता किसी अन्य स्रोत से लिए गए हैं?

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

DECLARATION by APPLICANT: (आवेदक द्वारा घोषणा करें)

- 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.
- 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.
- 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.
- मैं यहाँ घोषणा करता हूँ कि इस प्रारूप 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।
- मैं इस बात को गारंटी करता हूँ कि "कोशिका फाउन्डेशन", से जो भी मदद मिले, उसका उपयोग इसी उद्देश्य की पूर्ति के लिये किया जायेगा, जो इस प्रारूप में बतल गया है।
- मैं यहाँ घोषणा करता हूँ कि मैं इस सहायता हेतु या भविष्य की नहीं हूँ, इस बात का अधिक या कमल किसी अन्य सोर्स/एम्प्लॉयर/इन्सुरेन्स कंपनी से न ले रहा हूँ और न ही भविष्य में लूँगा।

AGREEMENT by APPLICANT (आवेदक द्वारा स्वीकार)

- By affixing my signature or thumb impression on this Form, I (Applicant) hereby agree & authorise Koshika Foundation and its 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 its activities/achievements. Such use of my photo & details can be made by Koshika Foundation before or after my treatment or fulfilment of the "purpose" for which assistance is being requested.
- 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.
- इस प्रारूप पर अपने हस्ताक्षर या अंगूठे की छाप लगाकर, मैं (आवेदक) अपनी सहमती की पुष्टि करता हूँ एवं "कोशिका फाउन्डेशन और इसके ट्रस्टी" को अधिकृत करता हूँ कि वे मेरा नाम, पता, फोटो और मेरे विवरण इस प्रारूप में जोड़ सकते हैं, उन्हें "कोशिका" द्वारा यादगार, पत्र, पावरपॉइंट, वीडियो, ऑडियो, प्रिंट, इलेक्ट्रॉनिक, वगैरहों के माध्यम से प्रसारित करने के लिए अधिकृत है। मेरे प्रारूप का विवरण मेरे इलाज के पहले या बाद में करने के लिए "कोशिका फाउन्डेशन" में जारी अधिकृत है।
- मैं (आवेदक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण को कि सहायता के उद्देश्यों से प्रसारित है मुझे पता; सहायता का इस्तेमाल नहीं करता। इस संबंध में "कोशिका" द्वारा उसके व्यक्तिगत या निर्यात अधिकार और अधिकारों को।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION:

आवेदक के हस्ताक्षर या अंगूठे का निशान

AGREEMENT by HOSPITAL (हस्पताल द्वारा स्वीकार)

- 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:
- 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.
 - 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 its role or responsibility in the matter.
- हमारे अधिकृत, हस्ताक्षर की और से यहाँ/होमो की "कोशिका फाउन्डेशन" से वित्तीय सहायता हेतु सिफारिश की जाती है, जिसे हम (हस्पताल) निम्न प्रकार से मान्यता दे रहे हैं:
- यह कि न तो वर्तमान और न ही भविष्य में वित्तीय सहायता किसी भी सारकारी संस्था या किसी अन्य स्रोत से उक्त रोगी/रोगी के लिए या ले रहे हैं, बल्कि कि हमने "कोशिका फाउन्डेशन" से सिफारिश/सिफारिश उक्त के सम्बन्ध में "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा प्राप्त हेतु कि है। यदि "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा सहायता किसी अधिकृत/संस्था हेतु प्रस्ताव नहीं किया जाता है तो हमारा किसी अन्य सारकारी संस्था या किसी अन्य संस्था से सहायता लेने का अधिकार सुरक्षित रहता है। इस पुष्टि में स्पष्ट कहा जाता है कि हमारा वित्तीय सहायता उक्त रोगी/रोगी हेतु किसी भी सारकारी संस्था या किसी अन्य संस्था से नहीं ले रहे हैं।
 - "कोशिका फाउन्डेशन" से जो भी सहायता केवल वित्तीय प्रकृति की है। रोगी या हस्पताल द्वारा ही यह सहायता या किने गये उपकरण/उपकरण का चुनाव रोगी एवं हस्पताल को बीच का विषय है और "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई दबाव नहीं है। इसलिए हस्पताल में रोगी के इलाज सुरक्षा और उसे ले जाने की सभी जिम्मेदारियाँ रोगी एवं हस्पताल को होती हैं और "कोशिका" को कोई दबाव या जिम्मेदारियाँ इस मामले में नहीं होती।

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE

स्वीकार्यता के लिए संस्तुति

Date of Surgery ऑपरेशन की तारीख 11/9/19	<i>Dr. Rajesh Joseph</i> DOMS, FRCGS (Name of Dr. & Regn. No. with Stamp) डाक्टर का नाम व हस्ताक्षर व एच. नं.	<i>Iyothi Deepak</i> Administrator (Name, Designation & Stamp of the Authorized Signatory on behalf of Hospital) No. 5, J. K. Road, K. K. Road, K. K. Road Off. P. 2, K. K. Road, K. K. Road - 600 002
---	--	---

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION

आन्तरिक उपयोग हेतु

SIGNATURE of TRUSTEE 1 माननीय हस्ताक्षर 1	SIGNATURE of TRUSTEE 2 माननीय हस्ताक्षर 2