

4:1900

Koshika
foundation
Building block of life

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE
सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)
(स्वास्थ्य देखभाल)

APPLICATION No.: 010919/0467 APPLICATION DATE: 11/9/19
आवेदन संख्या: आवेदन तिथि

NAME of APPLICANT: Balakrishna K AGE-YEARS आयु-वर्ष 70 SEX लिंग M
आवेदक का नाम

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

PRESENT RESIDENCE ADDRESS वर्तमान आवासीय पता

Arjannada Chader Mandalam,

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS: स्थायी आवासीय पता

Piler, Chittoor Dist, Andhra Pradesh

OCCUPATION: Unemployed
व्यवसाय

MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)

TOTAL ANNUAL INCOME: 45,000/- [family Income] (Attach Proof of Income)
कुल वार्षिक आय (आय का प्रमाण संलग्न)

PAN No. जारी होता है/नहीं

ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable):
क्या आप आय कर दाता हैं (जो लागू 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	Hanumanth	40	M	Son
2	Ravanamma	32	F	daughter
3	Rajamma	28	F	daughter

BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable)
सहायता के लिये विनति 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 दिये गये विनती का उद्देश्य:

Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached अस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई प्रतिक्रिया सूची संलग्न
	Dev
	Left Eye
	Surg + 10L

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

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

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 प्रकरण में दिये गये सभी विवरण मेरी जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई विवरण सत्य बताने वाला पाया जाता है तो मेरी सहायता निरस्त की जा सकती है।
- 2) मैं इससे पुष्टि करता हूँ कि "कोशिका फाउंडेशन", से जो सहायता मिलेगी, उसे केवल इस उद्देश्य के पूर्ण के लिये ही प्रयोग किया जाएगा, जो इस प्रकरण में पता लगा है।
- 3) मैं पुष्टि करता हूँ कि जिस सहायता हेतु यह प्रार्थना की गई है, उस राशि का प्रतिफल या प्रत्यक्ष प्रत्यक्ष किसी अन्य स्रोत/रोजगार/बीमा कंपनी से न ले लिया है और न ही भविष्य में लूँगा।

AGREEMENT by APPLICANT (आवेदक द्वारा करण)

1) 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 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 प्रकरण का अपने हस्ताक्षर या अंगुली की छाप लगाकर, मैं (आवेदक) आवेदन पत्र पर अपनी सहमति की पुष्टि करता हूँ एवं "कोशिका फाउंडेशन" और इसके "ट्रस्टी" को अधिकृत करता हूँ कि वे मेरा नाम, पता, फोटो और जो विवरण इस प्रकरण में घोषित है, उसे "कोशिका" द्वारा यादगार, दूर, दूरदर्शन, दूरदर्शन से सुनी रेडियो/टेलीविजन और इलेक्ट्रॉनिक माध्यमों के लिये किसी भी प्रकार के प्रसारण करने के लिये अधिकृत है। मेरे प्रकरण का विवरण मेरी इच्छा के बिना या बिना मेरे जाने के बिना "कोशिका फाउंडेशन" में प्रसारित किया जा सकता है।
- 2) मैं (आवेदक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण जो कि सहायता के उद्देश्य के लिये है, प्रसारित, प्रकाशित या प्रकाशित नहीं किया जा सकता। इस सम्बंध में "कोशिका" द्वारा उसके अधिकारियों का निर्णय अंतिम और अप्रत्यक्ष होगा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION :

आवेदक के हस्ताक्षर या अंगुली का निशान



AGREEMENT by HOSPITAL (हस्पताल द्वारा करण)

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 अधिकृत, हस्ताक्षर की ओर से यहाँ/यहाँ पर "कोशिका फाउंडेशन" से वित्तीय सहायता हेतु सिफारिश की जाती है, जिसे हम (हस्पताल) निम्न प्रकार से मान्यता प्रदान करते हैं।

- 1) यह कि न तो वर्तमान और न ही भविष्य में वित्तीय सहायता किसी भी प्रकार की सहायता या किसी अन्य स्रोत से प्राप्त होगी/करने में हमारे पास कोई विकल्प नहीं है, बल्कि हमने "कोशिका फाउंडेशन" से सिफारिश/विधिगतिकता के सम्बंध में "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा मदद हेतु किया है। यदि "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा सहायता विधिगतिकता/प्रक्रिया हेतु सहायता नहीं किया जाता है तो हमारा किसी अन्य स्रोत से सहायता लेना या किसी अन्य सहायता से सहायता लेने का अधिकार सुरक्षित रहता है। इस पुष्टि में स्पष्ट कहा जाता है कि हमारा वित्तीय सहायता प्राप्त करने हेतु किसी भी प्रकार की सहायता या किसी अन्य सहायता से नहीं लेना/लेनी।
2. "कोशिका फाउंडेशन" से जो सहायता केवल वित्तीय प्रकृति की है। ऐसी या हस्पताल द्वारा की गई सहायता या बिना लगे उपचार/प्रक्रिया का चुनाव ऐसी एवं हस्पताल के बीच का विषय है और "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई प्रभाव नहीं है। इसलिए हस्पताल में ऐसी के इलाज सुरक्षा और अपने जाने की सभी जिम्मेदारियाँ ऐसी एवं हस्पताल की होंगी और "कोशिका" को कोई प्रतिकार या जिम्मेदारता इस मामले में नहीं होगी।

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE

स्वीकृति के लिए संस्तुति

Date of Surgery अपरेशन की तारीख 11/9/19	<i>Dr. Rachel Joseph</i> DOMS, FIG No. 53457 (Name of Dr. & Regn. No. with Stamp) डॉक्टर का नाम व हस्ताक्षर व तारीख	<i>Jyothi Deepak</i> Administrator (Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory on behalf of Hospital) No. 5, Laxmi Nagar, Sector 14, Gurgaon Off. J.C. Road, Bangalore - 560 003
---	--	--

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION

अन्यत्र उपयोग हेतु

SIGNATURE of TRUSTEE 1 प्रांतीय हस्ताक्षर 1 <i>[Signature]</i>	SIGNATURE of TRUSTEE 2 प्रांतीय हस्ताक्षर 2 <i>[Signature]</i>
--	--