

51650

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE
सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)
(स्वास्थ्य देखभाल)

Koshika
foundation
Building block of life

APPLICATION No. : आवेदन संख्या : B/1219/0541

APPLICATION DATE : आवेदन तिथि 4/12/19

NAME of APPLICANT : आवेदक का नाम Lakshmi Devi

AGE-YEARS आयु-वर्ष 68

SEX लिंग F

FATHER'S/SPOUSE'S NAME : पिता/कटुम्भ का नाम Naxayana

PRESENT RESIDENCE ADDRESS वर्तमान आवासीय पता

Mallivaddapatti, Veesavasipalli mandalam

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS : स्थायी आवासीय पता

Pilich, Chitrus Dist, Andhra Pradesh.



0541 Lakshmi Devi Post of
0541 Lakshmi Devi Post of

OCCUPATION : व्यवसाय House wife

MARRIED (निकाहित) / UNMARRIED (अनिकाहित)

TOTAL ANNUAL INCOME कुल वार्षिक आय 30,000 (Family Income)

(Attach Proof of Income)
(आय का सबूत संलग्न)

PAN No. स्वयं खाल संख्या

ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable): क्या आप आय कर एल है (जो मन्व हो उस पर सही का निशान सजये)

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.	Nageshwara	42	male	son

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

BPL Card (Attach Card Copy) गरीबी रेखा के नीचे इन्काग पर (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 साधक

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

Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached अस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई प्रतिवेदन सूची संलग्न
	DOV R.E Right Eye SICS+IOL

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

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

DECLARATION by APPLICANT: आवेदक द्वारा घोषणा कर:

- 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 सही जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही है। यदि कोई विवरण एवं कथन असत्य पाया जाता है तो मेरी सहायता निरस्त की जा सकती है।
 2) मैं घोषणा करता हूँ कि सहायता यदि "बोशिका फाउन्डेशन" से ली जा रही है, उसका उपयोग उसी उद्देश्य को पूर्ण करने के लिये किया जाएगा, जो इस प्रकरण में मांग गया है।
 3) मैं पुष्टि करता हूँ कि भविष्य में सहायता हेतु यह प्रबंधन की गई है, उस राशि का वापस या सफल दिग्गम किसी अन्य स्रोत/निर्भर/बीमा कम्पनी से न हो लिया है और न ही भविष्य में होगा।

AGREEMENT by APPLICANT (आवेदक द्वारा कर)

- 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 प्रकरण पर अपने हस्ताक्षर या अंगूठे की छाप लगाकर, मैं (आवेदक) अपनी सहमति की पुष्टि करता हूँ एवं "बोशिका फाउन्डेशन और उसके न्यायोपक्षी" को अधिकृत करता हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और मेरे विवरण इस प्रकरण में घोषित हैं, उसे "बोशिका" एम्बुल्स, दान, मायकाया दान इत्यादि से जुड़ी गतिविधियों और उपलब्धियों के लिये किसी भी प्रकार माध्यम से प्रचारित करने के लिये अधिकृत है। मेरे प्रकरण का निराकरण मेरे हस्तक्षेप के बिना या बाद में करने के लिये "बोशिका फाउन्डेशन" न न्यायोपक्षी अधिकृत है।
 2) मैं (आवेदक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण को किसी सहायता के उद्देश्यों से प्रचारित है मुझे स्वतः सहायता का इंतजार नहीं करना। इस संबंध में "बोशिका" एम्बुल्स उसके न्यायोपक्षी का नियंत्रण अधिकार और सम्पत्तियों होगा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION :

आवेदक के हस्ताक्षर या अंगूठे का निशान

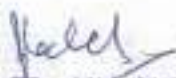


AGREEMENT by HOSPITAL (हस्ताक्षर द्वारा कर)

- 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.
- हस्ताक्षर अधिकृत, हस्ताक्षर की ओर से पत्र/लेख को "बोशिका फाउन्डेशन" से वित्तिय सहायता हेतु सिफारिश की जाती है, जिसे हम (हस्पताल) निम्न प्रकार से मान्य व स्वीकार करते हैं।
 1) यह कि न तो वर्तमान और न ही भविष्य में वित्तिय सहायता किसी और सहायता संगठन या किसी अन्य स्रोत से उस रोगी/रोगी के लिये या से रहे है, जैसे कि हमने "बोशिका फाउन्डेशन" से सिफारिश/विनियमित उक्त के संबंध में "बोशिका फाउन्डेशन" द्वारा मदद हेतु किया है। यदि "बोशिका फाउन्डेशन" द्वारा सहायता वित्तिय अस्वीकार/वसत हेतु मन्सूर नहीं किया जाता है तो हस्पताल किसी अन्य और सहायता संगठन या किसी अन्य सहायता संगठन से सहायता लेने का अधिकार सुरक्षित रखता है। इस पुष्टि में स्पष्ट कहा जाता है कि सहायता वित्तिय मदद उक्त रोगी/रोगी हेतु वित्तिय और सहायता संगठन या किसी अन्य सहायता संगठन से नहीं लेना/लेनी।
 2. "बोशिका फाउन्डेशन" से ली गई सहायता केवल वित्तिय प्रकृति की है। रोगी पर हस्पताल द्वारा दी गई सहायता या बिना कहे उपचार/प्रक्रिया का चुनाव रोगी एवं हस्पताल को बीच का विषय है और "बोशिका फाउन्डेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई रखा नहीं है। इसलिए हस्पताल में रोगी के इलाज सुरक्षा और खर्च करने की सभी जिम्मेदारियाँ रोगी एवं हस्पताल की होंगी और "बोशिका" को कोई भुनिका या जिम्मेदारी इस मामले में नहीं होगी।

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE

स्वीकृती के लिए संस्तुति

Date of Surgery ऑपरेशन की तारीख 4/12/19	(Name of Dr. & Regt. No. with Stamp) डॉक्टर का नाम, रेजि. नं. और मुहर  Jyothi Deepak (Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory on behalf of Hospital) No. 5, ... Road, Bangalore - 560 002
---	---

FOR INTERNAL USE OF KOSHIKA FOUNDATION अन्तर्गत उपयोग हेतु

SIGNATURE of TRUSTEE 1 न्यायोपक्षी हस्ताक्षर 1 	SIGNATURE of TRUSTEE 2 न्यायोपक्षी हस्ताक्षर 2 
--	---