

S3054



APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE (Healthcare) सहायता हेतु आवेदन प्रारूप (स्वास्थ्य देखभाल)

APPLICATION No.: B/0120/0561 APPLICATION DATE: 8/1/2020 आवेदन संख्या: आवेदन तिथि

NAME of APPLICANT: Padmini Be AGE-YEARS आयु-वर्ष: 58 SEX लिंग: F आवेदक का नाम

FATHER'S/SPOUSE'S NAME: Pakis Sab पिता/कटुम्भ का नाम

PRESENT RESIDENCE ADDRESS वर्तमान आवासीय पता: Thalapata, Piles Mandalam,

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS स्थाई आवासीय पता: Piles, Chittoor Dist, Andhra Pradesh.



Pxc OP 0561 Pst of 0561 Padmini Be Padmini Be

OCCUPATION: House wife MARRIED (निव्वलित) / UNMARRIED (अनिव्वलित)

TOTAL ANNUAL INCOME: 30,000/- (Family Income) (Attach Proof of Income) (आय का साक्ष्य संलग्न)

PAN No. स्वयं खाता संख्या ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable): Yes / No हाँ / नहीं

Table with 5 columns: Sr. No., Name of Family Member, Age (Years), Gender, Relation with Applicant. Row 1: 1, Isahaddos, 46, male, son.

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

Table with 4 columns: BPL Card, EWS Certificate, Ration Card, Any Other Basis/Proof.

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

Table with 2 columns: Sr. No., Medical Reports/Prescriptions Attached. Content: DOV, R.E, Right Eye, SICLS + IOL.

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

Table with 3 columns: Sr. No., NAME of OTHER SOURCE, AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILED. Content: BWLEH.

**DECLARATION by APPLICANT:** आवेदक द्वारा घोषणा यह:

- 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 प्रारूप में दिये गये सभी विवरण सही जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई झूठा कथन अथवा सच बता है तो मेरी सहायता निरस्त की जा सकती है।  
 2) मैं इस बात को सहायता यथा "कोशिका फाउन्डेशन", से सही का रही है, उसका उपयोग उसी उद्देश्य की पूर्ति के लिये किया जाएगा, जो इस प्रारूप में मांग गया है।  
 3) मैं यही प्रतिबद्ध हूँ कि भविष्य में कभी भी मैं या मेरे परिवार को भविष्य में भुगतान, पूर्ण या आंशिक, किसी अन्य स्रोत/नियोक्ता/बीमा कंपनी से न ले लिया है और न ही भविष्य में लूँगा।

**AGREEMENT by APPLICANT (आवेदक द्वारा करार)**

- 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 प्रारूप पर अपने हस्ताक्षर या अंगुठी के छाप लगाकर, मैं (आवेदक) अपनी सहमति की पुष्टि करता हूँ एवं "कोशिका फाउन्डेशन और उसके न्यायोर्ष" को अधिकृत करता हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और मैं विवरण इस प्रारूप में घोषित है, उसे "कोशिका" द्वारा, मुद्रित, प्रकाशित, दूरदर्शन से प्रसारित करने के लिए "कोशिका फाउन्डेशन" व न्यायी 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 पूर्ण स्वतः सहायता का हकदार नहीं करता। इस संबंध में "कोशिका" द्वारा उनके न्यायोर्षों का निर्णय अंतिम और स्वीकार्य होगा।

**APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION :**

आवेदक के हस्ताक्षर या अंगुठी का निशान



**AGREEMENT by HOSPITAL (हस्पताल द्वारा करार)**

- 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.
- हमारे अधिकृत, हस्ताक्षर की ओर से यहाँसे घोषणा की "कोशिका फाउन्डेशन" से वित्तीय सहायता हेतु सिफारिश की जाती है, किसे हम (हस्पताल) निम्न प्रकार से मान्य व स्वीकार करते हैं।  
 1) यह कि न तो वर्तमान और न ही भविष्य में वित्तीय सहायता किसी भी सरकारी संस्थान या किसी अन्य स्रोत से उक्त रोगी/रोगी के लिये या ले रहे हैं, बल्कि हमने "कोशिका फाउन्डेशन" से सिफारिश/सिफारिश उक्त के माध्यम में "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा प्रदत्त हेतु कि है। यदि "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा सहायता निवृत्त अतिरिक्त/सफल हेतु मंजूर नहीं किया जाय है तो अस्मत्त किसी अन्य स्रोत से सहायता लेने का अधिकार सुरक्षित रखते हैं। इस पृष्ठ में स्पष्ट कहा जाय है कि अस्मत्त द्वारा प्रदत्त उक्त रोगी/रोगी हेतु किसी भी सरकारी संस्था या किसी अन्य सहायता से नहीं लेया/लेगी।  
 2. "कोशिका फाउन्डेशन" से ही मैं सहायता केवल वित्तीय प्रकृति की है। रोगी पर हस्पताल द्वारा ही सलह या किये गये उपचार/प्रक्रिया का चुनाव रोगी एवं हस्पताल के बीच का विषय है और "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई रचना नहीं है। इसलिए हस्पताल में रोगी के इलाज सुख और अपने जाने की सारी जिम्मेदारी रोगी एवं हस्पताल की होगी और "कोशिका" को कोई भुगतान या जिम्मेदारी इस मामले में नहीं होगी।

**RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE**

स्वीकृती के लिए संस्तुति

<p>Date of Surgery ऑपरेशन की तारीख</p> <p>8/1/2020</p>	<p><i>Rachel Joseph</i> Dr. RACHEL JOSEPH (Name of Dr. &amp; Reg. No. with Stamp) KMGH, Bangalore</p>	<p><i>Dr. B.W. L...</i> (Name, Designation &amp; Stamp of Authorized Signatory on behalf of Hospital) B.W. L... KMGH, Bangalore</p>
--	---	---

**FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION**

अन्तर्गत उपयोग हेतु  
KMGH, Bangalore

<p>SIGNATURE of TRUSTEE 1 न्यायी हस्ताक्षर 1</p> <p><i>Safuraj</i></p>	<p>SIGNATURE of TRUSTEE 2 न्यायी हस्ताक्षर 2</p> <p><i>...</i></p>
--	--