

285

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE  
सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)  
(स्वास्थ्य देखभाल)



APPLICATION No. : B/0220/0616 APPLICATION DATE : 5/02/2020

NAME of APPLICANT : C. Aluvelamma AGE-YEARS आयु-वर्ष 58 SEX लिंग F

FATHER'S/SPOUSE'S NAME : Manerana erowda

PRESENT RESIDENCE ADDRESS : Paalamanda, Sadam Mandalam,

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS : Pites, Chittoor Dist, Andhra Pradesh.



0616 Post of C. Aluvelamma  
0616 POC of C. Aluvelamma

OCCUPATION : House wife MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)

TOTAL ANNUAL INCOME : 38,000/- (Family Income) (Attach Proof of Income)

PAN No. रणार्ड खल संखल

ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable): Yes / No हाँ / नहीं

FAMILY DETAILS परिवार कलवरण

Sr. No. क्रम संखल	Name of Family Member परिवार के सदस्यों का नाम	Age (Years) उमर (वर्ष)	Gender लिंग	Relation with Applicant आवेदक के साथ संबंध
1.	Shreenivasulu	36	male	son
2.	mangamma	34	Female	daughters
3.	shankaramma	30	Female	daughters

BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable)  
सहायता के ललवे कलनत आधार

BPL Card (Attach Card Copy) गरीबी रेखा के नीचे प्रमाण पर (प्रमाण पर की कलत प्रति संलग्न करो)	EWS Certificate (Attach Certificate Copy) अल्प आय कर्त प्रमाण पर (प्रमाण पर की कलत प्रति संलग्न करो)	Ration Card (Attach Copy) उपभोगता कार्ड (प्रमाण पर की कलत प्रति संलग्न करो)	Any Other Basis/Proof अन्य कोई साधन
---	---	--	--

"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE:  
सहायता हेतु कलने गने कलतों का उद्देश्य:

Sr. No. क्रम संखल	Medical Reports/Prescriptions Attached अस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई प्रतिवेदन सूची संलग्न
	DOV
	L.E Left Eye
	STCS+IOL

ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES  
इस उद्देश्य के हेतु कोई अन्य सहायता कलसी अन्य स्रोत से ललत गलत ली?

Sr. No. क्रम संखल	NAME of OTHER SOURCE अन्य स्रोत का नाम	AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILED लली गई सहायता गरी
	BWLEH	

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

- 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 मेरी जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई कथित एवं कथन असत्य पाया जाता है तो मेरी सहायता निरस्त की जा सकती है।
- 2) मैं दृढ़ता से स्वीकारता हूँ कि "कोशिका फाउन्डेशन", से जो भी मदद मिले, उसका उपयोग उम्मीद के अनुसार ही पूर्णतः के लिये किया जाएगा, जो इस प्रपत्र में बताया गया है।
- 3) मैं यहाँ पर घोषणा करता हूँ कि मैं भविष्य में किसी भी तरह से, पूर्णतः या आंशिक रूप से किसी अन्य स्रोत/नियोक्ता/बीमा कंपनी से मदद नहीं ले रहा हूँ और न ही यह करने की योजना है।

**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 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 is in this regard will be final and acceptable to me.
- 1) इस प्रपत्र पर अपने हस्ताक्षर या मुद्रा के साथ सहमत होकर, मैं (आवेदक) अपनी जानकारी को प्रकट करता हूँ एवं "कोशिका फाउन्डेशन और उसके न्यायोपक्ष" को अधिकृत करता हूँ कि वे मेरा नाम, पता, फोटो और अन्य विवरण इस प्रपत्र में घोषित हैं, उसे "कोशिका" एनएम आईसी, टीएन, या अन्य माध्यमों द्वारा उपयोग से दूसरी गतिविधियों और उपलब्धियों के लिये किसी भी प्रकार के प्रचार करने के लिये अधिकृत है। मेरे प्रपत्र का निवारण मेरे इलाज के खर्च या खर्च करने के लिये "कोशिका फाउन्डेशन" व न्यायोपक्ष अधिकृत है।
- 2) मैं (आवेदक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण जो कि सहायता के उद्देश्यों से प्रकट हैं मुझे स्वतः सहायता का हस्ताक्षर नहीं करता। इस सम्बंध में "कोशिका" एनएम उसके न्यायोपक्ष का निर्णय अंतिम और बाध्यकारी होगा।

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

आवेदक के हस्ताक्षर या मुद्रा का निशान



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

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 मामले/रोगी को "कोशिका फाउन्डेशन" से वित्तीय सहायता हेतु सिफारिश की जाती है, बिना हम (हस्पताल) निम्न प्रकार से मान्यता स्वीकार करते हैं।

1) यह कि न तो वर्तमान और न ही भविष्य में वित्तीय सहायता किसी भी सारकारी संस्थान या किसी अन्य स्रोत से उक्त रोगी/मालूम होने के लिये या ले रहे हैं, जैसे कि हमने "कोशिका फाउन्डेशन" से सिफारिश/अनुमति प्राप्त करने के सम्बंध में "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा मदद हेतु किया है। यदि "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा सहायता वित्तीय अतिरिक्त/सहायता हेतु मंजूर नहीं किया जाता है तो हस्पताल किसी अन्य सारकारी संस्थान या किसी अन्य सहायता से सहायता लेने का अधिकार सुरक्षित रखता है। इस मुद्रा के साथ करार किया है कि हस्पताल द्वारा मदद उम्मीद/मान्यता हेतु किसी भी सारकारी संस्थान या किसी अन्य सहायता से नहीं ले/लेगी।

2. "कोशिका फाउन्डेशन" से जो भी सहायता केवल वित्तीय प्रकृति की है। रोगी पर हस्पताल द्वारा ही गई सलाह या किये गये उपचार/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 के इलाज सुरक्षित और अपने खर्च को सही विभाजित रोगी एवं हस्पताल को रोगी और "कोशिका" को कोई भी प्रकार का जिम्मेदारी इस मामले में नहीं होगी।

**RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE**  
स्वीकृति के लिये संस्तुति

*Jyothi Deepak*  
**Jyothi Deepak**  
Administrator

Date of Surgery  
ऑपरेशन की तारीख  
5/02/2020

*Rachel Joseph*  
**Dr. RACHEL JOSEPH**  
(Name of Dr. & Regn. No. with Stamp)  
डॉक्टर का नाम व हस्ताक्षर व मुद्रा

(Name, Designation & Stamp of Authorized Signatory)  
No. 5, L...  
Off: J...

**FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION** अंतर्गत उपयोग हेतु

SIGNATURE of TRUSTEE 1  
न्यायोपक्ष 1  
*Safuraj*

SIGNATURE of TRUSTEE 2  
न्यायोपक्ष 2  
*...*