

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE

सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)

(स्वास्थ्य देखभाल)

APPLICATION No.:
आवेदन संख्या :

BLOH 24/0115

APPLICATION DATE :
आवेदन तिथि 30/2/24NAME of APPLICANT:
आवेदक का नाम

mallamma

AGE-YEARS वय-वर्ष SD

SEX लिंग F

FATHER'S/SPOUSE'S NAME:
पिता/स्त्री का नाम

S/o Rumaiyah

PRESENT RESIDENCE ADDRESS : वर्तमान बासासीध पता

matavalli taluk kurnool district tobbi mikkuru
Mindya Kurnool

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS : स्थाई बासासीध पता

11

Koshika
foundation
Building block of lifePre-OP Post-OP
015 mallammaOCCUPATION :
जैविक

coolie

MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (विवाहित नहीं)

TOTAL ANNUAL INCOME :
कुल वार्षिक वय

5000/-

(Attach Proof of Income)
(वय का साथ संलग्न)

PAN No. स्थाई ज्ञात संख्या

ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable):
मेरा आय कर रहा है (जो नाम ही उस पर सही का विश्वास लगाये):Yes / No
 नहीं

FAMILY DETAILS : परिवार विवरण

Sr. No.
क्रम संख्याName of Family Member
परिवार के सदस्यों का नामAge (Years)
उमेर (वर्ष)Gender
लिंगRelation with Applicant
आवेदक के साथ सम्बन्ध

①

Rumaiyah

34

M

husband

BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable)
सहायता के लिए विवरित अवधारणा

BPL Card

(Attach Card Copy)
गवेंडी रेग के नीचे प्रमाण पत्र
(प्रमाण पत्र का लाला छाप संलग्न करें)

EWS Certificate

(Attach Certificate Copy)
अन्य आवधारणा का प्रमाण पत्र
(प्रमाण पत्र की लाला छाप संलग्न करें)

Ration Card

(Attach Copy)
उपभोक्ता कार्ड
(प्रमाण पत्र की लाला छाप संलग्न करें)Any Other Basis/Proof
अन्य कोई साक्ष्य

"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE:

सहायता हेतु किये गये विवरिती का उद्देश्य:

Sr. No.
क्रम संख्या

①

DIAGNOSIS

Medical Reports/Prescriptions Attached

जनस्वास्थ्य/टॉक्टर से जारी की गई प्रतिवेदन मूली संलग्न

RC cutaneous
LP cutanea d

Surgery : RC cut + poloclav

ASSISTANCE BEING AWAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES
इस उद्देश्य के हेतु कोई अन्य सहायता किसी अन्य स्रोत से लिया गया हो?Sr. No.
क्रम संख्या

①

NAME of OTHER SOURCE

अन्य स्रोत का नाम

DBCS

AMOUNT of ASSISTANCE BEING AWAILED

नई रुपये संलग्न

5000/-

DECLARATION by APPLICANT: आवेदक द्वारा घोषणा पत्रः

- 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 योग्यता करता हूँ कि इस प्राप्ति में दिए गये घटना के अनुसार सभी एवं सही हैं। परं कोई विवरण एवं काब्य ममत्व प्राप्त करता है तो उसे सहायता निधि की जा सकती है।
 2.) मेरे द्वारा को सहायता प्राप्त की गयी शर्तों का उल्लंघन, से तीव्र जा सकती है, जिसका उल्लंघन उसी उद्देश्य को पूर्ण करने के लिये किया जायेगा, जो इस प्राप्ति में प्राप्त कराया गया है।
 3.) मैं पुरुष करता हूँ कि विषय सहायता हेतु यह द्वारा की गई है, उस दृष्टि का अधिक एवं नकल निधि की अवधारणा/वीच करनी से भूते सिवाय है और न ही विवरण में दी गयी।

AGREEMENT by APPLICANT (संविधान द्वारा आवेदनकर्ता)

- 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 fulfilment 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 प्रपत पर जारी हालाता का संगत की छाप तथाका, मैं (जारेक) अपनी व्यापति की पुष्ट करता हूँ कि "कोशिका फाउंडेशन और उसके न्यासीयों" को जारिकृत करता हूँ कि ये नाम, चल, घोटा और ये विवरण इस प्रपत में चाहिए हैं, उमे "कोशिका" एवम् यासी, यान्, याचनाएङ्क दूसरे उद्देश्य से युक्ती गोपनियियों वो उपलब्धियों के साथ विस्तीर्णी प्रकाश याप्तम् से प्रतिष्ठित करने के लिए अधिकृत है। मो प्रपत का विवरण ये इतना के पहले या बाद में करने के लिए "कोशिका फाउंडेशन" के न्यासी अधिकृत है।

2) ये (जारेक) इस बात में सहमत हूँ कि ये नाम, चल, घोटा और विवरण ये कि सहायता के उद्देश्यों में प्राप्त हैं मुझे मत्त: सहायता का उक्तार नहीं करता। इस सम्बन्ध में "अधिकृत" याम उपर्युक्त न्यासीयों का दिनांक अंतिम और वायाप्ताती होगा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION:

[View Details](#)

AGREEMENT by HOSPITAL (यस्ता दोषात)

By affixing hereunder, signature of our Authorised Signatory for recommending this case/patient for financial assistance from Koshika Foundation, we
do hereby declare, affirm & accept following:

- (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 this matter.

इसके अधिकारी इन्होंने भी यहां से विद्यार्थीयों को "कॉर्पोरेशन कालेज-डिसेन्स" में विद्याय मतावाला हुआ विद्यालय की बताई है, जिसमें तभी यहां के विद्यार्थी करते हैं।

- १) यह कि न हो संसार और न हो भूमिका में वित्तीय सहायता किसी गैर साकारी संसाधन पर किसी जन्म संकेत से उपलब्ध नहीं होता है, जैसे कि हमने “कोटिला फाटन्डेशन” में वित्तीय सहायता किसी गैर साकारी संसाधन पर किसी जन्म संकेत से उपलब्ध नहीं किया है। यदि “कोटिला फाटन्डेशन” द्वारा सहायता वित्तीय गतिविधियों के लिए उपलब्ध होती है तो समझता किसी अपर्याप्ती के साकारी संकेत पर किसी जन्म संसाधन से सहायता लेने का अधिकार सुनिश्चित नहीं है। इस रूपरेखा में सभी कहा जाता है कि अवगतता वित्तीय योगदान से सहायता लेने की क्षमता और साकारी संकेत पर किसी जन्म संसाधन से नहीं सेणा सकती।
 - २) “कोटिला फाटन्डेशन” से लोग हमेशा किसी प्रकृति की हैं। योगी या इसका द्वारा ही गई सहायता के किसी गये उपचार/प्रक्रिया का युक्ति देने वाले एवं हमेशा के बीच का विषय है और “कोटिला फाटन्डेशन” द्वारा किसी प्रकार का कोई दस्तावेज़ नहीं है। इसलिये हमेशा में होने के इसका युक्ति और उन्हें योगी की साथी किसी दूरी एवं दूरी से नहीं होगी।

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE

स्वीकृति के लिए संमर्शि

Mr. Lakshminarayana

Manager Outreach
Institute for Diabetes & Eye Care
(A unit of Shadadhe Eye Care Trust)
Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory
Thirumalai Nadesan, M.A., B.Sc., D.P.O.M.S.
(On behalf of Hospital)

Date of Surgery अंगीरण की तारीख 30/11/24	Dr. Laxmi Dorennavar MBBS,MS,FPRS,FICO Consultant & Rhinoseptoplasty - क्रम KMC कोड 90244.	Manager Outreach Institute for Diabetes & Eye Care (A unit of Shradha Eye Care Trust) (Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory on behalf of Hospital) नाम एवं पद हस्पतल अधिकृत अधिकारी
---	--	--

FOR INTERNAL USE of KOSHICA FOUNDATION आन्तरिक उपयोग हेतु

SIGNATURE of TRUSTEE 1

SIGNATURE of TRUSTEE 2
न्यायी इस्तेहर २

Safary

eric B