Duggana halli

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE सहायता हेतू आवेदन प्रारूप			(Healthcare) (स्वास्थय देखमाल)		Koshika foundation
APPLICATION No. : आवेदन संख्या :	1/1121/148		APPLICATION DATE : आयोदन तिथी । Ul 234		Building block at life
NAME of APPLICANT : आवेदक का नाम FATHER'S/SPOUSE'S N	Puttahan m	amma.	AGE-YEARS जायु-वर्ष SEX लिंग 6 प्या		
पिता/करुष्य का नाय 	PRESENT RESIL	10 ragalia	a Hobe		PRE OF POSTOP
PERMANENT RESIDENCE ADDRESS : स्थाई आवासीय पता					1498 Puttahanumamma
OCCUPATION : MARRIED (विवाहित					/ UNMARRIED (अविवाहित)
OCCUPATION: व्यवसाय MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित) TOTAL ANNUAL INCOME: बुल वार्षिक आय (अय का सास्य संलम)					
PAN No. THE GIGT HE	या AX ASSESSEE (Tick whichever is ं (जो मान्य हो उस पर सही का निश	न लगाये।	Yes Mo हा ना	t)	
Sr No	FAMILY DETAILS VICE Sr. No. Name of Family Member Age (Yesis)			विवरण Gender	Relation with Applicant
क्रम संख्या	परिवार के सदस्यों का	राम :	उप्न (वर्ष)	लिंग	आवेदक के साथ सम्बध
1			/		
			+		
-			1		
		-	-		
		-	1		
	BASIS for R	EQUESTING ASSISTAN	ICE (Tick which	ever is applicable)	
BPL Card EWS Certificate (Attach Card Copy) गरीबी रेखा के नीचे प्रमाण पत्र अल्प आय वर्ग प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की झाया प्रति संलग्न करे) (प्रमाण पत्र की झाया प्रति संलग्न क		Certificate difficate Copy) वर्ग प्रमाण पत्र	Ration Card (Allach Copy) प्राप्ते कार्ट (प्रमाण पत्र का छाया प्रति संलग्न करे।		Any Other Basis/Proof अन्य कोई साध्य
	'	'PURPOSE" lor REQU सहायता हेतु किये ग			
Sr. Na.	Medical Reporta/Prescriptions Attached				
क्रम संख्या	अस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई प्रतिबेदन सूची संलग्न				
0	Diagnalis Ph - Certainet				
<u>a</u>	singery Ri- cationet + Tol				
Tel.					
	इस उद्देश्य	के हेतू कोई अन्य सहाय	ME "PURPOSE" रता किसी अन्य स	from OTHER SOURCE होत से लिया गया हो?	
Sr. No. क्रम् संख्या	NAME of OTHER SOURCE अन्य स्त्रोत का नाम		AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILED ली गई सहायता राशी		
(1)	1) DRCA			2,000	/

DECLARATION by APPLICANT: आवेदक द्वारा मोपणा पत्र:

- 1) (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, tiable for rejection/cancetlation.
- 2) I solemnly confirm that essistance, 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) में योवना करता हूँ कि इस प्रारूप में दिये गये सभी विवरण मेरी जानकारी के अनुस्तर सत्य एवं सही है। यदि कोई विवरण एवं कथन असत्य पाया जाता है तो मेरी सहायता निरस्त की जा सकती है।
- 2) मेरे हास जो सहायता सांश "कोशिका फाउन्डेशन", से सी जा रही है, उसका उपयोग उसी उदेश्य की पूर्वि के लिये किया जावेगा, जो इस प्रारूप में परा परा है।
- 3) मैं पुष्टि करता है कि जिस सहायता हेतु यह प्रार्थना की गई है, उस राशि का आशिक या सकल हिस्सा किसी अन्य मोतः विमोजक/बीमा कम्पनी से न तो लिया है और न हो पविषय में लूँगा।

AGREEMENT by APPLICANT (आवेदक द्वारा करार)

- i) 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 is this regard will be final and acceptable to me.
- 1) इस प्रपन्न पर अपने इस्ताक्षर या अंगठे की झाप लगाकर, में (आबेदक) अपनी सहमानि की पुष्टि करता हूँ एवं "कोशिका फाउंडेशन और उसके न्यासीयों " को अधिकृत करता हूँ कि मेरा नाम. पता, फोटो और जो विकरण इस प्रपन्न में घोषित है, उसे "कोशिका" एवम् न्यासी, बान, याचनान्या दूसरे उद्देश्य से जुडी गतिविधियों और उपलब्धियों के लिये किसी भी प्रसार माध्यम से प्रस्तरित करने के लिए अधिकृत है। मेरे प्रपत्न का विवरण मेरे इलाज के पहले या बाद में करने के लिए "कोशिका फाउउँसन" व न्यासी अधिकृत है।
- 2) मैं (आवेदक) इस बात से सहयत है कि भेरा नाम, पता, फोटो और विवरण जो कि सहायत के उद्देश्यों से प्रार्थित है मुझे स्वत: भहायता का हकदार नही बनाता। इस सम्बंध मैं "कोशिका" एवम् उसके न्यासिखें का निर्णय ऑतम और माध्यकारी होगा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION : आंदेरक के हस्ताहर या अंगुडे का निशान



AGREEMENT by HOSPITAL (इस्प्ताल 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 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 errangement 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 अधिक्त. हस्ताक्षरी की ओर से मामलेट्रोगी को "कोशिका फाउन्डेशन" से वितिय सहायता हेनु सिफारिश की जानी है, जिसे हम (हस्यताल) निम्न प्रकार से मान्य व स्वोकार करते हैं।

1) यह कि न तो वर्तमान और न ही मिवव्य में वितिय सहायता किसी गैर सरकारी संस्थान या किसी अन्य स्त्रोत से उक्त रोगी/पामले में लेंगे या ले रहे हैं, जैसे कि हमने "कोशिका काउन्डेशन"

से सिफारिश/विनित उक्त के सम्बंध में "कोशिका फाउन्डेशन" हाए मदद हेतु कि है। यदि "कोशिका फाउन्डेशन" हारा सहायता विनित ऑशिक/सकल हेतु मन्धुर नहीं किया जाता है तो अस्पताल किसी अन्य गैर सरकारी संस्था का किसी अन्य सन्साधन से सहायता लेने का अधिकार सुरक्षित रखता है। इस पृष्टि में स्पष्ट कहा जाता है कि अस्पताल द्वितीय मदद उक्त रोगी/मामले हेतु किसी गैर सरकारी संस्था या किसी अन्य साधन से नहीं लेग/लोगी।

2. "कोशिका फाउन्हेंशन" से ली गई सहायता केवल वितिय प्रकृति की है। सेगी पर इस्पताल द्वारा दी गई सलाह या किये गये उपचारप्रक्रिया का चुनाव रोगी एवं इस्पताल के बीच का विषय है और "कोशिका फाउन्हेशन" द्वार किसी प्रकार का कोई दबाव नहीं है। इसलिये इस्पताल में सेगी के इलाज सुरक्षा और आने जाने की सारी जिम्मेदारी रोगी एवं इस्पताल की होगी और "कोशिका" की कोई पूरिका था जिस्मेदारी इस सापूर्ल में नहीं होगी।

RECOMMENDED FOR ACCEPTENCE स्वीक्ती के लिए संस्तृति Dr. Nacesh-B N Date of Surgery Mr. Lakshmipathi N Consultant, Medical Superintendent, ऑपरेशन को तारीख Comea, Cataract & Refractive Surgery (Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory Institute on behalf of Hospital) (Name of Dr. & Regn. No. with Stamp) हाक्टर का नाम व.हस्ताक्षर व रजि. न. FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION आन्तरिक उपयोग हेत SIGNATURE of TRUSTEE 1 SIGNATURE of TRUSTEE 2 यासी इस्ताक्षर 1 न्यासी इस्ताक्षर 2