brundlupete

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE (Healthcare) सहायता हेत् आवेदन प्रारूप (स्वास्थय देखपाल) foundation APPLICATION DATE: 18/11/2021 APPLICATION No. : W1121/1742 Suilding block of life आवेदन संख्या : आवेदन तिषी AGE-YEARS आयु-वर्ष SEX लिंग Parvathamma NAME of APPLICANT: आवेदक का नाम 60 w/o cate chikkanendanayaka FATHER'S/SPOUSE'S NAME : पिता/कटुम्प का नाम PRESENT RESIDENCE ADDRESS वर्तमान आकासीय पता NOYAKONA BEEAT 15th word PRE OP JULISION toquibour chamagana bagaga 1742 PARVATHARHA PERMANENT RESIDENCE ADDRESS : स्पाई आवासीय पता Same ar OCCUPATION: Home Hateen MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित) व्यवसाय TOTAL ANNUAL INCOME: (Attach Proof of Income) 240001-कुल वार्षिक आय (आय का साक्ष्य संलग्न) PAN No. स्थाई खाता संख्या ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable): Yes / Na क्या आप आय कर दाता है (जो मान्य हो उस पर सही का निशान लगाये। हां/ मही FAMILY DETAILS परिवार विवरण Sr. No. Name of Family Member Age (Years) Gender Relation with Applicant क्रम संख्या उम्र (वर्ष) परिवार के सदस्यों का नाम लिंग आवंदक के साथ सम्बध BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable) सहायता के लिये विनति आधार **BPL Card EWS Certificate** Ration Card Any Other (Attach Card Copy) (Attach Certificate Copy) (Attach Copy) Basis/Proof गरीबी रेखा के नीचे प्रमाण पत्र उपयोक्ता कार्ड अस्य आय वर्ष प्रमाण पत्र अन्य कोई साध्य (प्रमाण पत्र को स्प्रया प्रति संतग्न करे। (प्रमाय पत्र की छाया प्रति संसान करे। (प्रमाण पत्र की छावा प्रति संसरन करे। "PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE: सहायता हेतु किये गये जिनती का उददेश्य: Medical Reports/Prescriptions Attached Sr. No. क्रम संख्या अस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई प्रतिवेदन सुची संलग्न Dinanosy aut agract sugragely RE- catornact A ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES इस उद्देश्य के हेतू कोई अन्य सहायता किसी अन्य स्त्रोत से लिया गया हो? Sr. No. NAME of OTHER SOURCE AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILED क्रम संख्या अन्य स्त्रोत का नाम ली गई सहायता एशो DACS **2000**

DECLARATION by APPLICANT: आवेदक द्वारा घोषणा पत्र:

- 1) I bereby 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) में भोषणा करता है कि इस प्रारूप में दिये गये सभी विवरण भेरी जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही है। यदि कोई विवरण एवं कथन असरण पाया जाता है तो मेरी सहायता निस्सा की जा सकती है।
- 2) मेरे द्वारा जो सहायता राशि "कोशिका फाउन्देशन", से ली जा रही है, उसका उपयोग उसी उदेश्य की पूर्ति के लिये किया करेगा, को इस फ्रारूप में परा गया है।
- 3) मैं पुष्टि करता हूँ कि जिस सहायता हेतु यह प्रार्थक की गई है, उस ग्रांश का आशिक या सकल हिस्सा किसी अन्य ग्रोतःनियोजक/बीमा कम्परी से न दो लिया है और न हो पविषय 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 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.
- t) इस प्रपत्न पर अपने हस्ताक्षर थे। अंगठे की छाप लयाकर, मैं (आवेदक) अपनी सहपति की पुष्टि करता हूँ प्रियं "कांशिका फाउंडेशन और उसके न्यासीयों " को अधिकृत करता हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और जो विवरण इस प्रपत्न में खेषित है, उसे "कोशिका" एवम् न्यासी, दान, थाचना/या दूसरे उद्देश्य से जुड़ी गतिविधियों और उपलब्धियों के लिये किसी यो प्रसार मास्यम से प्रसारित करने के लिए अधिकृत है। मेरे प्रपत्न का विवरण मेरे इलाज के पहले वा बाद में करने के लिए "कोशिका फाउडेंसन" व न्यासी अधिकृत है।
- 2) मैं (आवेदक) इस बात से सहयत हूँ कि पेरा नाम, पता, फोटो और विवरण जो कि सहावता के उब्देरयों से प्रार्थित है मुझे स्वतः सहावता का हकदार नहीं बनाताः। इस सम्बंध में "कोशिका" एवम् उसके न्यांसियों का निर्णय औतम और बाध्यकारी होगा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION : आवेदक के हस्ताक्ष्म या अंगुरे का निशान



AGREEMENT by HOSPITAL (इस्पताल 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:

- I) 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
- 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, इस्त्रकरी की आहेर से मामले/रोगी को "कोशिका फाउन्हेशन" से बितिय सहायता हेतु किफारिश की बाती है, जिसे इप (हस्पतास) निम्न प्रकार से मान्य व स्वीकार करते हैं।
 1) यह कि न तो वर्षमान और न ही पविष्य में वितिय सहायता किसी में संस्थान या किसी अन्य स्त्रोत से उका ग्रेगी/मामले में लेंगे या ले रहे हैं, जैसे कि इपने "कोशिका फाउन्हेशन" से सिफारिश/विनित उक्त के सम्बद्ध में "कोशिका फाउन्हेशन" हारा पर्स हेतु कि है। यदि "कोशिका फाउन्हेशन" हारा सहायता विनित ऑशिका/सकल हेतु मन्त्रुर नहीं किया जाता है तो अस्पताल किसी अन्य गैर सरकारी संस्था या किसी अन्य सन्ध्यभन में सहायता लेने का अधिकार सुरक्षित रखता है। इस पूष्टि में स्वय्य कहा जाता है कि अस्पताल दितीय मदद उक्त ग्रेगी/मायले हेतु किसी गैर सरकारी संस्था या किसी अन्य साधन से नहीं लेगा/लेगी।
- 2. "कोशिका फाउन्हेशन" से सी गई सहावता खेवल विक्षिप प्रकृति की है। येगी पर इस्पवाल द्वारा दी गई सलाह या किये गये उपचार/प्रक्रिया का चुनाय येगी एवं इस्पताल के बीच का विषय है और "कोशिका फाउन्हेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई दबाव नहीं है। इसलिये इस्पवाल में सेगी के इलाज सुरक्षा और आने जाने की सारी िप्पेदारी सेगी एवं इस्पताल की होगी और "कोशिका" की कोई भूमिका या जिम्मेदारी इस मामली नहीं होगी।

RECOMMENDED FOR ACCEPTENCE स्वीकृती के लिए संस्तुति Mr. Lakshmipathi N Dr. Nagesh B N Date of Surgery Consultant, Medical Superintendent ऑपरेशन की तारीख Comea, Cataract & Refractive Surger Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory (A (Name of Dr. & Regn. No. with Starre) A unit of Sion behalf of Hospital) are 12/11/2021 # 16/M, Thirmp के कर रसकत अधिकृत अधिकार क द्वारा का राम व हातामा व जीन Hus!) आन्तरिक उपयोग हेत् FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION SIGNATURE of TRUSTEE 2 SIGNATURE of TRUSTEE 1 न्यसमे हस्ताक्षर 🤈 न्यासी हस्ताक्षर ।