

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE

सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)

(स्वास्थ्य देखभाल)


Koshika
 foundation
 Building block of life.

APPLICATION No. :

आवेदन संख्या :

N1012312198

APPLICATION DATE :

आवेदन तिथि

24/1/23

NAME of APPLICANT :

आवेदक का नाम

Eguvinti Mallappa

AGE-YEARS आयु-वर्ष

60

SEX लिंग

M

FATHER'S/SPOUSE'S NAME :

पिता/पत्नी का नाम

S/o Yennappa

PRESENT RESIDENCE ADDRESS वर्तमान आवासीय पता

7/126 Manchepalli Manchepalli Pandiparthi

Anantapur Andhra Pradesh

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS : स्थायी आवासीय पता

Same as above


 Preop post-op
 8198 Eguvinti Mallappa

OCCUPATION :

व्यवसाय

Cooler

MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)

TOTAL ANNUAL INCOME :

कुल वार्षिक आय

28,000/-

(Attach Proof of Income)

(आय का साक्ष्य संलग्न करें)

PAN No. स्थायी खाता संख्या

ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable):

क्या आप आय कर दाता हैं (जो मान्य हो उस पर सही का निशान लगाएं)

Yes / No

हाँ / नहीं

FAMILY DETAILS परिवार विवरण

Sr. No. क्रम संख्या	Name of Family Member परिवार के सदस्यों का नाम	Age (Years) उम्र (वर्ष)	Gender लिंग	Relation with Applicant आवेदक के साथ सम्बंध
1)	Lakshamma	50	F	Wife

BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable)

सहायता के लिये चिन्हित आधार

BPL Card (Attach Card Copy) गरीबी रेशा के नीचे प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें)	EWS Certificate (Attach Certificate Copy) आय आय वर्ग प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें)	Ration Card (Attach Copy) उपभोक्ता कार्ड (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें)	Any Other Basis/Proof अन्य कोई साक्ष्य
---	---	---	--

"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE:

सहायता हेतु किसे गये निम्नलिखित का उद्देश्य:

Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached अस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई प्रतिवेदन सूची संलग्न
1)	Diagnosis RE Cataract LE Cataract
2)	Surgery LE Cataract + PRTOL

ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES

इस उद्देश्य के हेतु कोई अन्य सहायता किसी अन्य स्रोत से लीया गया हो?

Sr. No. क्रम संख्या	NAME of OTHER SOURCE अन्य स्रोत का नाम	AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILED ली गई सहायता राशी
1)	DRCS	2000/-

DECLARATION by APPLICANT: आवेदक द्वारा घोषणा करें:

- 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 प्रकरण में दिये गये सभी विवरण मेरी जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई विवरण एवं/वास्तविकता गलत या झूठ है तो मेरी सहायता निरस्त की जा सकती है।
- 2) मैं घोषणा करता हूँ कि "कोशिका फाउंडेशन", से मिले हुए धन, इसका उपयोग केवल उद्देश्य की पूर्ति के लिये किया जाएगा, जो इस प्रकरण में भरा गया है।
- 3) मैं घोषणा करता हूँ कि मैं इस सहायता हेतु यह प्रत्येक की नहीं हूँ, जो भविष्य में अधिक या समस्त हिस्सा किसी अन्य स्रोत/नियोक्ता/बीमा कम्पनी से या तो लिया है और या ही भविष्य में लूँगा।

AGREEMENT by APPLICANT (आवेदक द्वारा कदम)

1) By affixing my signature/thumb impression on this Form, I (Applicant) hereby agree & authorise Koshika Foundation and its Trustees to use/publish/post-up/produce 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 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 प्रकार या अपने हस्ताक्षर या अंगुली के छाप लगाकर, मैं (आवेदक) आवेदक सचिव को सूचित करता हूँ एवं "कोशिका फाउंडेशन और उसके न्यासी" को अधिकृत करता हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और सभी विवरण इस प्रकरण में प्रेषित हैं, जो "कोशिका" एन.पी.आर.ए. द्वारा/द्वारा दूसरे उद्देश्य के द्वारा गतिविधियों और उपलब्धियों के लिये किसी भी प्रकार सम्भव के प्रसारित करने के लिए अधिकृत है। मेरे प्रकरण का विवरण मेरे हस्ताक्षर के सहित या बाद में करने के लिए "कोशिका फाउंडेशन" के न्यासी अधिकृत है।
- 2) मैं (आवेदक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण जो कि सहायता के उद्देश्य से प्रेषित है उसे स्वतः सहायता का प्रकरण नहीं बनाता। इस सम्बंध में "कोशिका" एन.पी.आर.ए. न्यासी का निर्णय अंतिम और स्वीकार्य होगा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION:

आवेदक के प्रकरण के अनुसार या अंगुली का छाप



AGREEMENT by HOSPITAL (हस्पताल द्वारा कदम)

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.

इससे अधिकृत, हस्ताक्षर की और से अनुमति देने वाले "कोशिका फाउंडेशन" से वित्तीय सहायता हेतु विचारणीय की जाती है, जिसे हम (हस्पताल) निम्न प्रकरण से प्राप्त न स्वीकार करते हैं।

- 1) वह कि न तो वर्तमान और न ही भविष्य में निम्न सहायता किसी भी प्रकार की सहायता या किसी अन्य स्रोत से प्राप्त की जा सकती है, जो कि हमने "कोशिका फाउंडेशन" से विचारणीय/विचारणीय प्रकरण के सम्बंध में "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा प्राप्त हेतु किया है। यदि "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा सहायता निरस्त/अस्वीकार/अस्वीकार हेतु प्रस्ताव नहीं किया जाता है तो अस्पताल किसी अन्य स्रोत पर सहायता हेतु विचारणीय प्रकरण से सहायता लेने का अधिकार सुरक्षित रखता है। इस सूचित में स्पष्ट कहा जाता है कि अस्पताल द्वितीय गरीब प्रकरण के लिए/प्रकरण हेतु किसी भी प्रकार की सहायता या किसी अन्य स्रोत से नहीं लेता/लेगी।

2. "कोशिका फाउंडेशन" से ही गरीब सहायता केवल वित्तीय प्रकृति की है। ऐसी पर हस्पताल द्वारा की गई सहायता या निम्न गरीब सहायता/प्रक्रिया का चुनाव ऐसी एवं हस्पताल के बीच का विषय है और "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई दबाव नहीं है। इसलिए हस्पताल में ऐसी के हस्ताक्षर सुरक्षा और जाने जाने को गरीब निम्न/द्वारा ही एवं हस्पताल की होती और "कोशिका" की कोई भी प्रकृति या निम्न/द्वारा इस प्रकार में नहीं होती।

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE

स्वीकृति के लिए हस्ताक्षर

Date of Surgery ऑपरेशन की तारीख 24/1/23	Dr. Lakshmi Narayan (Name of Dr. & Regn. No. with Stamp) डॉ. लक्ष्मी नारायण	Mr. Lakshmi Narayan Manager Outreach (Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory (A unit of Hospital on behalf of Hospital Trust))
---	---	--

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION

आन्तरिक उपयोग हेतु

SIGNATURE of TRUSTEE 1 न्यासी हस्ताक्षर 1	SIGNATURE of TRUSTEE 2 न्यासी हस्ताक्षर 2
[Signature]	[Signature]