

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE

सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)

(स्वास्थ्य देखभाल)

Koshika
foundation

Building block of life.

APPLICATION No. :

आवेदन संख्या :

B/1224/2903

APPLICATION DATE :

आवेदन तिथि

23/12/24

NAME of APPLICANT :

आवेदक का नाम

Thimmareddy

AGE-YEARS आयु-वर्ष

79

SEX लिंग

M

FATHER'S/SPOUSE'S NAME :

पिता/पत्नी का नाम

SP Late Rangappa

PRESENT RESIDENCE ADDRESS वर्तमान आवासीय पता

Banavalala post Doddari Hobli

Maduraitaller kodirampeta

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS : स्थाई आवासीय पता

Same as above

OCCUPATION :

व्यवसाय

Unemployed

MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)

TOTAL ANNUAL INCOME :

कुल वार्षिक आय

(Attach Proof of Income)

(आप का साक्ष्य संलग्न)

PAN No. स्थाई करदाता संख्या

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

आप आय कर पता है (जो मान्य हो उस पर सही का चिह्नन लगावे)

Yes / No

हां / 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 संबंध

BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable)

सहायता के लिये विनति आधार

BPL Card (Attach Card Copy) गरीबी रेशा के नीचे प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें)	EWS Certificate (Attach Certificate Copy) अल्प 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 किये गये विनती का उद्देश्य:

Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached अस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई प्रतिवेदन सूची संलग्न
1)	Diagnosis BE catrad LE catrad
2)	Surgery BE cat + Pefor

ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES

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

Sr. No. क्रम संख्या	NAME of OTHER SOURCE अन्य स्रोत का नाम	AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILED ली गई सहायता राशी

Preop
01/12/24/2903 Timoreddy

Postop

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 प्रारूप में दिये गये सभी विवरण सही जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई विवरण एवं कथन असत्य पाया जाता है तो मेरी सहायता निरस्त की जा सकती है।
- 2) मेरे द्वारा जो सहायता राशि "कोशिका फाउन्डेशन", मेरी जा रही है, इसका उपयोग उम्मी उद्देश्य की पूर्ति के लिये किया जाएगा, जो इस प्रारूप में धरा गया है।
- 3) मैं पुष्टि करता हूँ कि जिस सहायता हेतु यह प्रार्थना की गई है, उस राशि का अधिक या सकल हिस्सा किसी अन्य छोटे/निर्धन/बुद्धिमान कम्पनी में न जा लिया है और न ही भविष्य में लूटा।

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 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 in this regard will be final and acceptable to me.

- 1) इस प्रश्न पर अपने इस्तराफ़ या अर्जत के साथ लगाकर, मैं (अवेदक) अपनी सहमति को पुष्टि करता हूँ एवं "कोशिका फाउंडेशन और उसके न्यासी" को अधिकृत करता हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और जो विवरण इस प्रश्न में प्रेषित है, उसे "कोशिका" पत्र में न्यासी, राज, कानून/या दूसरे उद्देश्य से दुई प्रतिबंधित और तपस्यियों के लिए किसी भी प्रकार पत्रपत्र से प्रसारित करने के लिए अधिकृत है। मेरे प्रश्न का विवरण मेरे इस्तराफ़ के पहले या बाद में करने के लिए "कोशिका फाउंडेशन" व न्यासी अधिकृत है।
- 2) मैं (अवेदक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण जो कि सहायता के उद्देश्य से प्रेषित है मुझे स्वतः सहायता का हकदार नहीं बनाता। इस संबंध में "कोशिका" पत्र उससे न्यासी का निर्णय अंतिम और बाध्यकारी होगा।

सर्वोदक की समस्या का अंगरे का निधान



By affixing her/his 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 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 अधीनस्थ, हस्ताक्षरी की ओर से मामले/रोगी को "कोशिका फाउन्डेशन" से वित्तिय सहायता हेतु सिफारिश की जाती है, जिसे हम (हस्पताल) निम्न प्रकार से मान्य व स्वीकार करते हैं।

- 1) यह कि न तो बॉयंगन और न ही पविष्य में विविध सहायता किसी भी सरकारी संस्थान या किसी अन्य स्वीत से उक्ता ऐंणी/धमाले में लेणी या ले रहे हैं, जैसे कि इमने "कॉशिका फाउन्डेशन" से सिफारिश/विनीत उक्ता के सम्बंध में "कॉशिका फाउन्डेशन" द्वारा मरद हेतु कि है। यदि "कॉशिका फाउन्डेशन" द्वारा सहायता विनित अतिरिक्त/धकल हेतु धनपुर नहीं किया जलत है तो अम्यतात किसी अन्य भी सरकारी संस्थ या किसी अन्य संस्थाधन से सहायता लेने का अधिकार सुरक्षित रखत है। इस धृष्टि में स्पष्ट कहा जात है कि अम्यतात द्वितीय मरद उक्ता ऐंणी/धमाले हेतु किसी भी सरकारी संस्थ या किसी अन्य संस्थान से नहीं लेगा/लेगी।
2. "कॉशिका फाउन्डेशन" से लेी गई सहायता केवल विविध प्रकृति की है। ऐंणी पर इम्यतात द्वारा दी गई सलाह या किये गये उपबाध/प्रक्रिया का पुरात ऐंणी एवं इम्यतात के बीच का विषय है और "कॉशिका फाउन्डेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई इबाध नहीं है। इसीलिने इम्यतात में ऐंणी के इलाज सुरक्षा और जाने जाने को ऐंणी जिम्मेदारी ऐंणी एवं इम्यतात की होगी और "कॉशिका" को कोई धुक्का या जिम्मेदारी इस मामले में नहीं होगी।

स्वीकृती के लिए संस्तुति

Mr. Lakshminipathi
Manager Outreach

Institute for Diabetes & Eye Care

(A unit of Shreeadha Eye Care Trust.)

16/M, Thimmaiah Road, Miller Tank Bed Area

(Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory
on behalf of Hospital)

समय व पद हस्तांतरण अधिकृत अधिकारी

Date of Surgery
ऑपरेशन की तारीख

Dr. Laxmi Dorennar
MBBS, MS, FPRS, FICO
Consultant of Dr. B. Rego No. With Stamp
पुणे जिल्हा रुग्णालय, पुणे

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION

आन्तरिक उपयोग हेतु

SIGNATURE of TRUSTEE 1

SIGNATURE of TRUSTEE 2

न्याय्यै ह्यन्तःपुरः ।

न्यासो हस्तस्थ २

Exempel

2020