

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE

सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)

(स्वास्थ्य देखभाल)



Koshika
Foundation
Building Minds of the Future

APPLICATION No.:

आवेदन संख्या:

B/0717/0162

APPLICATION DATE:

आवेदन तिथि

10/07/2017

NAME of APPLICANT:

आवेदक का नाम

Reddappa Reddy

AGE-YEARS

वर्ष-वर्ष

SEX

लिंग

75

M.

FATHER/SPOUSE'S NAME:

पिता/पत्नी का नाम

C. Venkata Reddy

PRESENT RESIDENCE ADDRESS

वर्तमान निवास पता

Reddamallu, Rampacherla Mandalam

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS

स्थायी निवास पता

Diler, Chittoor Dist, Andhra Pradesh

OCCUPATION:

व्यवसाय

Unemployed

TOTAL ANNUAL INCOME:

कुल वार्षिक आय

48,000/-

(Attach Proof of Income)

(आय का प्रमाण संलग्न करें)

PAN No. (आय कर पहचान संख्या)

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

क्या आप आय कर कादाता हैं? (को वही टिक करें जो लागू हो)

Yes / No

हाँ / नहीं

FAMILY DETAILS (संलग्न विवरण)

Sr. No. क्रम संख्या	Name of Family Member परिवार के सदस्यों का नाम	Age (Years) वय (वर्ष)	Gender लिंग	Relation with Applicant आवेदक से क्या संबंध
1)	Sudya prakash Reddy	52	M	Son
2)	Ramesh Reddy	53	M	Son
3)	Srinath Reddy	47	M	Son

BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable)

सहायता के लिए निम्न कारण

BPL Card (Attach Card Copy) पोषण कार्ड का प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की प्रतिलिपि संलग्न करें)	BWS Certificate (Attach Certificate Copy) आय कर का प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की प्रतिलिपि संलग्न करें)	Ration Card (Attach Card Copy) आवश्यकता कार्ड (प्रमाण पत्र की प्रतिलिपि संलग्न करें)	Any Other Basis/Proof अन्य कोई प्रमाण
---	--	---	---

"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE:

सहायता हेतु निम्न उद्देश्य का उद्देश्य:

Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached स्वास्थ्य/चिकित्सा के पत्रों की प्रतिलिपि संलग्न करें
	DOV for Right Eye.
	Cataract for Right Eye.

ASSISTANCE BEING AWARDED BY SAME "PURPOSE" FROM OTHER SOURCES

क्या सहायता को वही उद्देश्य से अन्य स्रोतों से प्राप्त हो रहा है?

Sr. No. क्रम संख्या	NAME of OTHER SOURCE अन्य स्रोत का नाम	AMOUNT of ASSISTANCE BEING AWARDED कितनी राशि सहायता मिल रही है
	B.W.L.E.H.	

DECLARATION by APPLICANT (अर्शक द्वारा घोषणा):

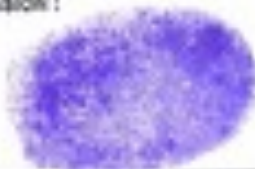
- 1) I hereby confirm that all details in this Form are True to the best of my knowledge. Any false statement will render my Application & ongoing assistance, if any, liable for rejection/cancellation.
- 2) I solemnly confirm that assistance, if received from Koshika Foundation, will be used only for 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 यहाँ घोषणा करता हूँ कि इस फॉर्म में दिये गये सभी विवरण मेरी जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई विवरण सत्य नहीं माना गया होता है तो मेरी सहायता निरस्त की जा सकती है।
- 2) मैं यहाँ घोषणा करता हूँ कि "कोशिका फाउंडेशन", से जो भी सहायता मिले, उसका उपयोग केवल उसी उद्देश्य के लिए किया जाएगा, जो इस फॉर्म में बताया गया है।
- 3) मैं यहाँ घोषणा करता हूँ कि मैं इस सहायता से या उसके किसी भी हिस्से का उपयोग किसी अन्य स्रोत/रोजगार/बीमा कंपनी से न ले रहा हूँ और न ही भविष्य में लूँगा।

AGREEMENT by APPLICANT (अर्शक द्वारा स्वीकृति)

- 1) By affixing my signature or thumb impression on this Form, I (Applicant) hereby agree & authorise Koshika Foundation and its 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 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 फॉर्म पर मेरी हस्ताक्षर या मुद्रा की छाप लगाकर, मैं (अर्शक) अपनी स्वीकृति की घोषणा करता हूँ कि "कोशिका फाउंडेशन और इसके भरोदारों" को अधिकृत करता हूँ कि वे मेरा नाम, पता, फोटो और मेरे विवरण इस फॉर्म में घोषित करें, इसे "कोशिका" द्वारा, पत्र, प्रकाशन, प्रसारण, प्रसारण से मुझे सौंपे जाने वाले उद्देश्यों और उपलब्धियों के लिए किसी भी माध्यम से प्रकाशित करने के लिए अधिकृत है। मेरे नाम का विवरण मेरे उद्देश्य के बारे में या मेरे करने के लिए "कोशिका फाउंडेशन" से सहायता की घोषणा है।
- 2) मैं (अर्शक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण मेरे उद्देश्यों के प्रति मेरी स्वीकृति हैं। सहायता का प्रस्ताव नहीं करता। इस मामले में "कोशिका" द्वारा ली गई स्वीकृति या निर्णय अंतिम और स्वीकार्य होगा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION:

अर्शक की हस्ताक्षर या बाएं 엄指 की छाप



AGREEMENT by HOSPITAL (हॉस्पिटल द्वारा स्वीकृति)

- By affixing hereunder, signature of our Authorized 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, हमारे यहाँ की स्वीकृति के माध्यम से हम "कोशिका फाउंडेशन" से वित्तीय सहायता हेतु सिफारिश की जाती है, जिसे हम (हॉस्पिटल) निम्न प्रकार से मान्यता दे रहे हैं:
- 1) यह कि हम न तो वर्तमान और न ही भविष्य में वित्तीय सहायता किसी भी रोगी के मामले में किसी अन्य स्रोत से ले रहे होंगे, जब तक कि हमें "कोशिका फाउंडेशन" से वित्तीय सहायता प्राप्त न हो सके। यदि "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा सहायता नहीं प्रदान की जाती है, तो हमें अपने मामले में किसी अन्य स्रोत से वित्तीय सहायता लेने का अधिकार सुरक्षित रहता है। इस घोषणा का अर्थ यह है कि हमारा उद्देश्य यह है कि हमारे रोगी को सहायता मिले।
 2. "कोशिका फाउंडेशन" से जो भी सहायता प्राप्त की जाती है, उसे हम (हॉस्पिटल) इस बात से सहमत हैं कि हमारे रोगी/रोगी के चिकित्सा/उपचार का चुनाव हमारे रोगी और हमारे डॉक्टर के बीच का निर्णय है और "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई प्रभाव नहीं है। इसलिए हमारा ध्यान है रोगी को सहायता प्रदान करने और हमारे रोगी को सही उपचार देने और "कोशिका" को कोई भी भूमिका या जिम्मेदारी इस मामले में नहीं होगी।

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE

स्वीकृति के लिए अनुमति

Dr. Ganesh Krishna
Administrator
B.W. Lions Superspecialty Eye Hospital
No. 5, Lions Eye Hospital Road
(Name, Designation & Stamp of Authorized Signatory on behalf of Hospital)
यह मैं यहाँ हस्ताक्षर अधिकृत अधिकारी

Date of Surgery
उपचार की तिथि
11/07/2017
Dr. SHEETAL BALLAL
KMC Hospital
(Name of Dr. & Regn. No. with Stamp)
हस्ताक्षर के साथ डॉ. के नाम और पता

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION (अर्शक के लिए)

SIGNATURE of TRUSTEE 1 भरोदार 1	SIGNATURE of TRUSTEE 2 भरोदार 2
<i>[Signature]</i>	<i>[Signature]</i>