

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE

सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)

(स्वास्थ्य देखभाल)

Koshika
Foundation

Building Block of life

APPLICATION No.:

आवेदन संख्या:

B/0717/0164

APPLICATION DATE:

आवेदन तिथि

10/07/2017

NAME of APPLICANT:

आवेदन करने वाले का नाम

Sheik Saigub

AGE-YEARS

वर्ष-वर्ष

SEX

लिंग

65

M

FATHER/SPOUSE'S NAME:

पिता/पत्नी का नाम

S. Dastgiri Saib

PRESENT RESIDENCE ADDRESS

वर्तमान निवास पता

New Masjid Street, Chinnarkhapalli

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS

स्थायी निवास पता

Rajachatti Mandalam, Pater Chhapra Dist.

OCCUPATION:

व्यवसाय

Un Employed

TOTAL ANNUAL INCOME:

कुल वार्षिक आय

52,000/-

(Attach Proof of Income)

(आय का प्रमाण संलग्न करें)

PAN No. (If any)

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

आप आय कर का शीर्षक हैं (जो मान्य हो उस पर चिह्न लगाएं)

Yes / No

हां / नहीं

FAMILY DETAILS

परिवार के सदस्यों की सूची

Sr. No. क्र. सं.	Name of Family Member परिवार के सदस्यों का नाम	Age (Years) वर्ष (वर्ष)	Gender लिंग	Relation with Applicant आवेदन करने वाले का संबंध
1	Dastgiri Saib	43	M	Son
2	Sheik Ashraf	34	M	Son
Two Daughters Married				

BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable)

सहायता के लिए निम्न आधार

BPL Card (Attach Card Copy) गरीबी रेश की प्रमाण पत्र का प्रमाण पत्र को संलग्न करें	EWS Certificate (Attach Certificate Copy) आय कर का प्रमाण पत्र (अथवा पत्र को संलग्न करें)	Ration Card (Attach Copy) रसदानी कार्ड का प्रमाण पत्र को संलग्न करें	Any Other Basis/Proof अन्य कोई प्रमाण
--	---	--	--

"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE:

सहायता हेतु निम्न लक्ष्य का उद्देश्य:

Sr. No. क्र. सं.	Medical Reports/Prescriptions Attached आयुर्वेद/प्रेस्क्रिप्शन के साथ जो भी संबंधित दवाई संलग्न करें
	DOV for Right Eye
	Cataract for Right Eye

ASSISTANCE BEING AWARDED FOR SAME "PURPOSE" FROM OTHER SOURCES

इस उद्देश्य के लिए कोई अन्य सहायता मिली है या नहीं के लिए पत्र है?

Sr. No. क्र. सं.	NAME of OTHER SOURCE अन्य स्रोत का नाम	AMOUNT of ASSISTANCE BEING AWARDED जो भी सहायता मिली
	B.W.C.E.H	

0164
Sheik Saigub
DOB
POC OP0164
Sheik Saigub
DOB
POC OP

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 यहाँ घोषणा करता हूँ कि इस फॉर्म में दिये गये सभी विवरण सही जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई झूठा बयान एवं गलत जानकारी दिया जाता है तो मेरे आवेदन पत्र को खारिज कर दिया जा सकता है।
- 2) मैं यहाँ घोषणा करती हूँ कि "बोडिका 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 किसी भी प्रकार के भुगतान की मांग नहीं करूँगा, न ही भविष्य में, किसी भी अन्य स्रोत/रोजगार/बीमा कंपनी से न तो सहायता और न ही बीमा के माध्यम से।

AGREEMENT by APPLICANT (आवेदक द्वारा करार)

- 1) By affixing my signature or thumb impression on this Form, I (Applicant) hereby agree & authorize 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 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 फॉर्म पर अपनी हस्ताक्षर या अंगूठे की छाप लगाकर, मैं (आवेदक) यहाँ घोषणा करती हूँ कि मैं "बोडिका फाउंडेशन और इसके भरोदारों" को अपनी सहायता के लिए मेरा नाम, पता, फोटो और मेरे विवरण इस फॉर्म में प्रदान कर रहा हूँ, जो "बोडिका फाउंडेशन" द्वारा मेरी सहायता के लिए मांगी गई है। मैं (आवेदक) सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और मेरे विवरण इस फॉर्म में प्रदान करने के लिए "बोडिका फाउंडेशन" को उपयोग करने के लिए "बोडिका फाउंडेशन" को अधिकार प्रदान करता है।
- 2) मैं (आवेदक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण को बिना मेरे सहमति के उपयोग के उपयोग के लिए "बोडिका फाउंडेशन" को अधिकार प्रदान करता है।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION :

आवेदक की हस्ताक्षर या अंगूठे की छाप



AGREEMENT by HOSPITAL (हॉस्पिटल द्वारा करार)

- By affixing hereunder, signature of our Authorized Signatory for recommending this candidate 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.
- हमारे अधिकृत, हस्ताक्षर की और से यहाँ घोषणा की जाती है कि हम (हॉस्पिटल) निम्न प्रकार से सत्य व स्वीकार करते हैं।
- 1) यह कि हम जो सहायता और न ही भविष्य में निम्न प्रकार से सहायता के लिए मांगी जा रही है, जो "बोडिका फाउंडेशन" से सहायता के लिए मांगी जा रही है, यदि "बोडिका फाउंडेशन" द्वारा सहायता नहीं दी जाती है, तो हम अपने अभाव को पूरा करने के लिए किसी अन्य स्रोत से सहायता मांग सकते हैं।
- 2) "बोडिका फाउंडेशन" की सहायता केवल वित्तीय प्रकृति की है। रोगी का उपचार इस बात पर निर्भर करता है कि रोगी और हॉस्पिटल के बीच क्या व्यवस्था है। हॉस्पिटल केवल रोगी के उपचार के लिए जिम्मेदार है और "बोडिका फाउंडेशन" को कोई भी भुगतान या भुगतान की मांग नहीं करनी चाहिए।

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE

स्वीकृति के लिए अनुमति

Dr. Gayatri Krishna

Administrator

B.W. Lions Superspecialty Eye Hospital

No. 5, Lions Eye Hospital Road

Official Declaration & Stamp of Authorized Signatory on behalf of Hospital

यह डॉक्टर हस्ताक्षर अधिकृत अधिकारी

Date of Surgery
ऑपरेशन की तारीख

Dr. S. P. BALLAL

Dr. S. P. BALLAL

(Name of Dr. & Regn. No. with Stamp)

डॉक्टर का नाम व पंजीकरण नंबर

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION

आंतरिक उपयोग के लिए

SIGNATURE of TRUSTEE 1

भरोदार 1

SIGNATURE of TRUSTEE 2

भरोदार 2

[Signature]

[Signature]