

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE

सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)

(स्वास्थ्य देखभाल)

Koshika
Foundation

Building block of life

APPLICATION No.:

आवेदन संख्या:

B0717/0165

APPLICATION DATE:

वेबिन तिथि

10/09/2017

NAME of APPLICANT:

आवेदक का नाम

K. Venkataswara

AGE/YEARS आयु-वर्ष

65

SEX लिंग

M.

FATHER'S/SPOUSE'S NAME:

पिता/पत्नी का नाम

K. Naguliah

PRESENT RESIDENCE ADDRESS: वर्तमान निवास पता

Vankoundipalli K.V. Pulli Marthala

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS: स्थायी निवास पता

Piler, Chittoor Dist. Andhra Pradesh.

OCCUPATION:

व्यवसाय

Labour

TOTAL ANNUAL INCOME:

कुल वार्षिक आय

37,000/-

(Attach Proof of Income)

(आय का प्रमाण संलग्न करें)

PAN No. यदि प्राप्त हो

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

आप आय कर का शीर्षक हैं (जो लागू हो उस पर चर्चा का विवरण संलग्न करें)

Tax No

यदि / नहीं

FAMILY DETAILS: "जीवन विवरण"

Sl. No. क्र. संख्या	Name of Family Member परिवार के सदस्य का नाम	Age (Years) उम्र (वर्ष)	Gender लिंग	Relation with Applicant आवेदक से संबंध
1	Sri Ram	36	M	Son
	One Daughter Married			

BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tax whichever is applicable)

सहायता के लिए विधि आधार

BPL Card (Attach Card Copy) गरीबी रक्षा के लिए प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की प्रतिलिपि संलग्न करें)	Ents Certificate (Attach Certificate Copy) आय आय का प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की प्रतिलिपि संलग्न करें)	Ration Card (Attach Copy) रसदोस्त कार्ड (प्रमाण पत्र की प्रतिलिपि संलग्न करें)	Any Other Basic Proof आय का प्रमाण
--	---	---	--

"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE:

सहायता हेतु निम्न लक्ष्य का उद्देश्य:

Sl. No. क्र. संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached स्वास्थ्य/चिकित्सा के चर्चे की गई प्रतिवेदन सुची संलग्न
	DOV for Right Eye
	Cataract for Right Eye

ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES

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

Sl. No. क्र. संख्या	NAME of OTHER SOURCE अन्य स्रोत का नाम	AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILED ले गई सहायता राशि
	B.W.L.E.H.	



0165 K. Venkataswara
0165 K. Venkataswara
pro of post of post of

DECLARATION by APPLICANT (आवेदन करने वाला व्यक्ति):

- 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 आवेदन में दिये गये सभी विवरण सही जानकारी के अनुसार सच एवं सही हैं। यदि कोई झूठा एवं गलत बयान दिया जाता है तो मेरी सहायता निरस्त की जा सकती है।
- 2) मैं यहाँ घोषणा करती हूँ कि "कोशिका फाउंडेशन", से जो मदद मिलेगी, उसका उपयोग केवल उद्देश्य की पूर्ति के लिये किया जाएगा, जो इस आवेदन में बताया गया है।
- 3) मैं यहाँ घोषणा करती हूँ कि मैं सहायता हेतु या उपयोग की गई है, उस राशि का अधिक या कम किसी भी अन्य सोर्सिपेयमेंट/इन्सुरेंस कंपनी से नहीं लिया है और न ही भविष्य में लूंगा।

AGREEMENT by APPLICANT (आवेदन करने वाला):

- 1) By affixing my signature or thumb impression on this Form, I (Applicant) hereby agree & authorize Koshika Foundation and its Trustees to use/publish/post-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) मैं इस पर सहमत हूँ कि मैं इस आवेदन पर अपने नाम, पता, फोटो और विवरण का उपयोग करके "कोशिका फाउंडेशन" और इसके ट्रस्टियों को "उद्देश्य" के लिए मदद मांगने, वित्तपोषण करने और/या जानकारी फैलाने के लिए किसी भी माध्यम, जिसमें कि लिखित, मुद्रित, इलेक्ट्रॉनिक, शामिल हैं, पर "कोशिका फाउंडेशन" को मदद मांगने और/या जानकारी फैलाने के लिए मेरी तस्वीर और विवरण का उपयोग करने की अनुमति दे रहा हूँ।
- 2) मैं (आवेदक) इस पर सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण का किसी भी माध्यम से उपयोग करने से मेरी मदद मांगने और/या मदद जारी रखने का अधिकार नहीं होगा। मदद देने का फैसला केवल कोशिका फाउंडेशन के ट्रस्टियों के अधिकार में होगा। इस मामले में "कोशिका फाउंडेशन" का निर्णय अंतिम और स्वीकार्य होगा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION:

आवेदन करने वाले का हस्ताक्षर या बायाँ 엄지 انگुठा छाप



AGREEMENT by HOSPITAL (हॉस्पिटल द्वारा सहमति):

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.

- हमारी अधिकृत हस्ताक्षर करने वाले व्यक्ति को "कोशिका फाउंडेशन" से वित्तीय सहायता हेतु सिफारिश की जाती है, जिसे हम (हॉस्पिटल) निम्न प्रकार से मान्यता दे रहे हैं:
- 1) यह कि हम या हमारे पास या भविष्य में वित्तीय सहायता किसी भी अन्य स्रोत से नहीं मांगेंगे, जो हमें वित्तीय सहायता देने के लिए कोशिका फाउंडेशन से मदद मांगने के लिए सिफारिश की गई है, जब तक कि कोशिका फाउंडेशन द्वारा सहायता नहीं दी जाती है, तो हमें अपने शेष कोषों से मदद मांगने का अधिकार होगा।
- 2) "कोशिका फाउंडेशन" से मदद केवल वित्तीय प्रकृति की है। रोगी का उपचार और उसकी सुरक्षा के लिए हमारे पास पूर्ण ज़िम्मेदारी है। कोशिका फाउंडेशन का कोई भी भूमिका नहीं है।

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE

स्वीकृति के लिए सिफारिश

Date of Surgery आवृत्ति की तारीख 11/07/2018	Dr. SHEETAL LALLAL (Name of Dr. & Regn. No. with Stamp)	Dr. Gayatri Krishna Administrator B.W. Lions Superspecialty Eye Hospital No. 5, J.C. Road, in front of Hospital Off. J.C. Road, in front of Hospital
---	---	---

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION (आन्तरिक उपयोग के लिए)

SIGNATURE of TRUSTEE 1 आवेदक 1 [Signature]	SIGNATURE of TRUSTEE 2 आवेदक 2 [Signature]
--	--