

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE

सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)

(स्वास्थ्य देखभाल)

Koshika
Foundation
Building blocks of life.

APPLICATION No.:

आवेदन संख्या:

B/0717/0166

APPLICATION DATE:

प्रारंभिक तिथि

10/07/2017

NAME of APPLICANT:

आवेदन करने वाले का नाम

Siddu Husen

AGE-YEARS

वर्ष-वर्ष

SEX

लिंग

65

M

FATHER/SPOUSE'S NAME:

पिता/पत्नी का नाम

Husen Sab

PRESENT RESIDENCE ADDRESS: वर्तमान निवास पता

T. Sandrasaipalli, Kalikeri Mandalam

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS: स्थायी निवास पता

Piler, Chittoor Dist. Andhra Pradesh

OCCUPATION:

व्यवसाय

Farmer

TOTAL ANNUAL INCOME:

कुल वार्षिक आय

34000/-

(Attach Proof of Income)

(आय का प्रमाण प्रस्तुत करें)

PAN No. यदि प्राप्त हो तो

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

क्या आप आय करदाता हैं? (को चिह्नित करें जो लागू हो)

Yes / No

हाँ / नहीं

FAMILY DETAILS: परिवार विवरण

Sr. No. क्र. सं.	Name of Family Member परिवार के सदस्य का नाम	Age (Years) उम्र (वर्ष)	Gender लिंग	Relation with Applicant आवेदन करने वाले के संबंध
1	Syedat hali	16	M	Son
	Five Daughters Married			

BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable)

सहायता के लिए निम्न कारण

BPL Card (Attach Card Copy) पोषी कार्ड का प्रमाण प्रस्तुत करें (प्रमाण पत्र की साथ ही प्रस्तुत करें)	BMS Certificate (Attach Certificate Copy) आय आय का प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की साथ ही प्रस्तुत करें)	Ration Card (Attach Copy) रसदारी कार्ड (प्रमाण पत्र की साथ ही प्रस्तुत करें)	Any Other Basis/Proof अन्य कोई प्रमाण
---	---	---	---

"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE:

सहायता हेतु निम्न उद्देश्य का उद्देश्य:

Sr. No. क्र. सं.	Medical Reports/Prescriptions Attached आयुर्वेद/प्रीस्क्रिप्शंस की प्रतियाँ प्रस्तुत करें
	Dev for Left Eye
	Cataract for Left Eye

ASSISTANCE BEING AWARDED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES

क्या उद्देश्य के लिए कोई अन्य सहायता मिली है अन्य स्रोत से प्राप्त हो?

Sr. No. क्र. सं.	NAME of OTHER SOURCE अन्य स्रोत का नाम	AMOUNT of ASSISTANCE BEING AWARDED लेने वाले सहायता का राशि
	B.W.L.E.H.	



0166 Siddu Husen
0166 Siddu Husen
pre op post op

DECLARATION BY APPLICANT: **अभिषेक कुमार शर्मा** पत्र

- 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 Nishika 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 पर यह घोषणा कर रहा हूँ कि इस प्रमाण पत्र में दिये गये सभी विवरण सही जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई झूठा/गलत एवं कथन प्रमाण पत्र पेश है तो उसे सफल प्रमाण पत्र ही नहीं माना जायेगा।
- 2) मैं यहाँ पर घोषणा कर रहा हूँ कि "नैतिकता कार्यक्रम", से जो राशि मिलेगी, उसका उपयोग इसी उद्देश्य को पूर्ण करने के लिये किया जायेगा, जो इस प्रमाण पत्र में बताया गया है।
- 3) मैं यहाँ पर यह घोषणा कर रहा हूँ कि मैं इस प्रमाण पत्र पर उल्लेख की गई राशि, उस स्रोत या कर्मस्थल या कर्मस्थल विधियों द्वारा अन्य प्रकार/योग्यता/योग्यता प्राप्त करने से नहीं ले रहा हूँ और न ही भविष्य में ऐसा करूँगा।

ASSIGNMENT BY APPLICANT (CHECK ONE) ☐ YES ☐ NO

- 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 प्रकार का जारी इजाजत या अनेकों को प्राप्त करने, मैं (आवेदक) अपने नाम की छवि करना है कि "कोशिका" फाउंडेशन और इसके ट्रस्टियों को अपने नाम, पता, फोटो और अन्य विवरणों का उपयोग करके दानों को आमंत्रित करने के लिए और/या कोशिका फाउंडेशन के गतिविधियों और उपलब्धियों के बारे में जानकारी को प्रसारित करने के लिए उपयोग करेगा। मैं (आवेदक) सहमत हूँ कि कोशिका फाउंडेशन और/या इसके ट्रस्टियों द्वारा मेरे नाम, पता, फोटो और विवरण का उपयोग करने से मेरी किसी भी विशेषता को प्राप्त करने के लिए कोई भी अधिकार नहीं है।
- 2) मैं (आवेदक) सहमत हूँ कि कोशिका फांडेशन और/या इसके ट्रस्टियों द्वारा मेरे नाम, पता, फोटो और विवरण का उपयोग करने से मेरी किसी भी विशेषता को प्राप्त करने के लिए कोई भी अधिकार नहीं है।
- 1) मैं (आवेदक) इस बात से सहमत हूँ कि कोशिका फाउंडेशन और/या इसके ट्रस्टियों द्वारा मेरे नाम, पता, फोटो और विवरण का उपयोग करने से मेरी किसी भी विशेषता को प्राप्त करने के लिए कोई भी अधिकार नहीं है।
- 2) मैं (आवेदक) इस बात से सहमत हूँ कि कोशिका फाउंडेशन और/या इसके ट्रस्टियों द्वारा मेरे नाम, पता, फोटो और विवरण का उपयोग करने से मेरी किसी भी विशेषता को प्राप्त करने के लिए कोई भी अधिकार नहीं है।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION:

अभिलेख को प्रमाणित करने के लिए



AGREEMENT by HOSPITAL. (CHRG 90 410)

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 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.

[illegible]

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE

स्वास्थ्यमंत्री श्री विष्णु खन्नाजी

Dr. Gayathri Krishna
Administrator
B.W. Lions Superspecialty Eye Hospital
No. 5, Lions Eye Hospital Road,
Chennai, India
On behalf of Hospital D02

Date of Surgery
 2008-01-01

Dr. SHEFALL BALLAL
Assistant
Phone No: 96304
(Name of Dr. & Regn. No. with Stamp)
HOSPITAL NO. 100-A, STREET NO. 10, B.
MUMBAI-400 002.

FOR INTERNAL USE of KOBHIKA FOUNDATION

आन्तरिक उपयोग हेतु

SIGNATURE of TRUSTEE 1
and EXHIBIT 1

Safeway

SIGNATURE of TRUSTEE 2

मन्त्री आचार्य

12/28