

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE

सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)
(स्वास्थ्य देखभाल)Koshika
Foundation

APPLICATION No.:

आवेदन संख्या:

B/0717/0167

APPLICATION DATE

आवेदन तिथि

10/07/2017

NAME of APPLICANT:

आवेदक का नाम

Radhakrishnaiah

AGE-YEARS

वर्ष-वर्ष

SEX

लिंग

FATHER'S/SPOUSE'S NAME:

पिता/पत्नी का नाम

Chinnappa

PRESENT RESIDENCE ADDRESS

Kurunapalli, Gangapuram, Kalkata

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS

Mandalam, Pites Chittan, Dist. North

OCCUPATION:

व्यवसाय

Tailor

TOTAL ANNUAL INCOME:

कुल वार्षिक आय

58,000/-

(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)

आप आय कर का दाता हैं (को चयन करें जो लागू हो या नहीं का चयन करें)

Yes / No

हां / नहीं

Sr. No.

क्रम संख्या

Name of Family Member

परिवार के सदस्य का नाम

Age (Years)

वय (वर्ष)

Gender

लिंग

Relation with Applicant

आवेदक से क्या संबंध

Sudhakara

20/04

M

Son

Two Daughters Married

BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable)

सहायता के लिए दिये गए आधार

BPL Card

(Attach Card Copy)

गरीबी रिकार्ड 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

Basic Proof

अन्य कोई प्रमाण

"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE:

सहायता हेतु दिये गए उद्देश्य का उल्लेख:

Sr. No.

क्रम संख्या

Medical Reports/Prescriptions Attached

वैद्यकीय रिपोर्ट/प्रीस्क्रिप्शन संलग्न करें

DOV for Left Eye

Cataract for Left Eye

ASSISTANCE BEING AWAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES

क्या उद्देश्य के लिए कोई अन्य सहायता मिलेगी अन्य स्रोतों से प्राप्त होगी?

Sr. No.

क्रम संख्या

NAME of OTHER SOURCE

अन्य स्रोत का नाम

AMOUNT of ASSISTANCE BEING AWAILED

कितनी राशि सहायता मिलेगी

B.W.L.E.H.

DECLARATION by APPLICANT: (अर्शक 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 प्रारूप में दिये गये सभी विवरण सही जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई झूठा विवरण दया गया होगा तो मेरी आवेदन पत्र तथा मेरी सभी सहायता निरस्त की जा सकती है।
- 2) मैं यहाँ घोषणा करता हूँ कि "कोशिका फाउंडेशन", से जो भी मदद मिले, उसका उपयोग केवल उद्देश्य की पूर्ति के लिये किया जायेगा, जो इस प्रारूप में बताया गया है।
- 3) मैं यहाँ घोषणा करता हूँ कि मैं इस सहायता से या उसके बाद किसी भी अन्य स्रोत/रोजगार/बीमा कंपनी से न तो रिफंड ले रहा हूँ और न ही भविष्य में लूँगा।

AGREEMENT by APPLICANT (अर्शक द्वारा सहमति)

- 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/republish 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 प्रारूप पर अपनी हस्ताक्षर या अंगूठे की छाप लगाकर, मैं (अर्शक) अपनी स्वीकृति की पुष्टि करता हूँ एवं "कोशिका फाउंडेशन और इसके भरोदारों" को अधिकृत करता हूँ कि वे मेरा नाम, पता, फोटो और मेरे विवरण इस प्रारूप में घोषित करें, उसे "कोशिका" एम्बल, पत्र, साप्ताहिक पत्र, रेडियो से सुनी गतिविधियों और उपलब्धियों के लिये किसी भी प्रकार के माध्यम से प्रसारित करने में सक्षम होंगे। मेरी इस बात का विवरण की पूर्ति को पूरा करने के लिये "कोशिका फाउंडेशन" या भरोदारों को अधिकृत है।
- 2) मैं (अर्शक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण को बिना सहायता के भरोदारों से प्रसारित है मुझे प्राप्त: सहायता का इस्तेमाल नहीं करता। इस मामले में "कोशिका" एम्बल, पत्र, रेडियो भरोदारों का निर्णय अंतिम और स्वीकार्य होगा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION:

अर्शक की हस्ताक्षर या बाएँ अंगूठे की 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 स्वीकृति, इसकाफी की ओर से भरोदारों/रोगी को "कोशिका फाउंडेशन" से वित्तीय सहायता हेतु सिफारिश की जाती है, कि हम (हॉस्पिटल) निम्न प्रकार से मान्यता स्वीकार करते हैं।

1) यह कि न तो हमारे अंतर्गत और न ही भविष्य में वित्तीय सहायता किसी भी रोगी के संबंध में किसी अन्य स्रोत से प्राप्त होगी/प्राप्त नहीं होगी, जो कि हमें "कोशिका फाउंडेशन" से प्राप्त करने के लिये "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा प्रदान किया जा रहा है। यदि "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा सहायता किसी रोगी/रोगी के लिये प्रदान नहीं की जाती है तो हमारे अंतर्गत और न ही भविष्य में हमें किसी अन्य स्रोत से वित्तीय सहायता लेने का अधिकार सुरक्षित रहता है। इस पुष्टि में स्पष्ट कहा जाता है कि सहायता वित्तीय प्रकृति की होगी और केवल वित्तीय सहायता से नहीं संबंधित होगी।

2. "कोशिका फाउंडेशन" से जो भी सहायता वित्तीय प्रकृति की है। हमें या हमारे अंतर्गत और न ही भविष्य में हमें किसी अन्य स्रोत/रोगी से वित्तीय सहायता लेने का अधिकार सुरक्षित रहता है। हमारे अंतर्गत और न ही भविष्य में हमें किसी अन्य स्रोत/रोगी से वित्तीय सहायता लेने का अधिकार सुरक्षित रहता है। हमारे अंतर्गत और न ही भविष्य में हमें किसी अन्य स्रोत/रोगी से वित्तीय सहायता लेने का अधिकार सुरक्षित रहता है।

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE

स्वीकृति के लिये घोषणा

Dr. Gayatri Krishna
Administrator
B.W. Lions Superspecialty Eye Hospital
No. 5, Lions Eye Hospital
Ch. S.C. Road, Lucknow-226002
हम यहाँ पर हस्ताक्षर अधिकृत अधिकारी

Date of Surgery
ऑपरेशन की तारीख

Dr. SHEEL KALLAL
KMC No. 56304
B.W. Lions Superspecialty Eye Hospital
(Place of Dr. & Regn. No. with Stamp)
आपका नाम और पता, पता, पता, पता

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION अंदरूनी उपयोग हेतु

SIGNATURE of TRUSTEE 1
भरोदार संख्या 1

[Signature]

SIGNATURE of TRUSTEE 2
भरोदार संख्या 2

[Signature]