

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE

सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)
(स्वास्थ्य देखभाल)Koshika
foundation

APPLICATION No. :

संकेत संख्या :

B/011/0168

APPLICATION DATE :

प्रस्तुत तिथि

10/07/2017

NAME of APPLICANT :

आवेदक का नाम

Venkata ramana

AGE-YEARS

वर्ष-वर्ष

SEX

लिंग

65

M.

FATHER/SPOUSE'S NAME :

पिता/पत्नी का नाम

Ramaiah

PRESENT RESIDENCE ADDRESS

वर्तमान निवास पता

Reddy varipalli thatepeta Mandalam

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS

स्थायी निवास पता

Piler, Chittoor Dist. Andhra Pradesh

OCCUPATION :

व्यवसाय

Unemployed

TOTAL ANNUAL INCOME :

कुल वार्षिक आय

30,000/-

(Attach Proof of Income)

(आय का प्रमाण प्रस्तुत करें)

PAN No. यदि प्राप्त हो

Family Income

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

आप क्या आय करदाता हैं? (को मान्य हो या नहीं का चिह्न लगाएं)

Yes / No

हाँ / नहीं

FAMILY DETAILS

परिवार 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
Three Daughters Married				

BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable)

सहायता के लिए किसी आधार

BPL Card (Attach Card Copy) सबसे गरीबों के लिए प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की प्रतिलिपि संलग्न करें)	EWS Certificate (Attach Certificate Copy) आय 10 लाख तक का प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की प्रतिलिपि संलग्न करें)	Ration Card (Attach Copy) आवश्यकता आधारित कार्ड (प्रमाण पत्र की प्रतिलिपि संलग्न करें)	Any Other Basis/Proof अन्य कोई आधार
--	---	---	---

"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE:

सहायता हेतु किसे किसे का उद्देश्य:

Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached आवश्यक/निर्देशों से जारी की गई दवाइयां सुची संलग्न
	DOV for Left Eye
	Cataract Left Eye

ASSISTANCE BEING AWARDED FOR SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES

इस उद्देश्य के हेतु कोई अन्य सहायता किसी अन्य स्रोत से मिल रही है?

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



0168
venkatabappa
proc op

0168
venkatabappa
proc op

DECLARATION by APPLICANT: (अर्शक द्वारा घोषणा पत्र)

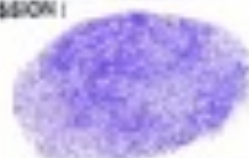
- 1) I hereby confirm that all details in this Form are True to the best of my knowledge. Any false statement will render my Application & ongoing assistance, if any, liable for rejection/cancellation.
- 2) I solemnly confirm that assistance, if received from Koshika Foundation, will be used only for 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। कोई भी झूठा विवरण एवं कथन अस्वाभाविक रूप से हो कर अस्वाभाविक रूप से या गलत हो जा सकता है।
- 2) मैं यहाँ घोषणा करता हूँ कि "कोशिका फाउंडेशन", से जो भी मदद मिले, उसका उपयोग केवल उद्देश्य को पूर्ण करने के लिये किया जाएगा, जो इस फॉर्म में बताया गया है।
- 3) मैं यहाँ घोषणा करता हूँ कि मैं इस मदद से भुगतान न करूँगा और भविष्य में भी नहीं करूँगा, जो कि भुगतान के लिये किसी भी अन्य स्रोत/रोजगार/बीमा कंपनी से या जो कि भुगतान के लिये ही नहीं किया जा रहा है।

AGREEMENT by APPLICANT (अर्शक द्वारा सहमत)

- 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) इस फॉर्म पर मेरा हस्ताक्षर या अंगूठा छाप करके, मैं (अर्शक) यहाँ घोषणा करता हूँ कि मैं "कोशिका फाउंडेशन और इसके भरोदारों" को अधिकृत करता हूँ कि वे मेरा नाम, पता, फोटो और मेरे विवरण इस फॉर्म में जोड़ सकते हैं, जो कि "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा मेरी मदद, पान, वितरण या प्रचार के लिये मेरी पहचान और जानकारी के लिये किसी भी माध्यम से प्रसारित करने के लिये अधिकृत है। मैं इसका उपयोग केवल उद्देश्य को पूर्ण करने के लिये या मेरे लक्ष्य को पूरा करने के लिये "कोशिका फाउंडेशन" से मदद अधिकृत करता हूँ।
- 2) मैं (अर्शक) इस फॉर्म पर घोषणा करता हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण को कि फाउंडेशन के भरोदारों से अधिकृत है। मेरी मदद, वितरण या प्रचार को फाउंडेशन के भरोदारों से अधिकृत है।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION:

अर्शक की हस्ताक्षर या अंगूठा का छाप



AGREEMENT by HOSPITAL (हॉस्पिटल द्वारा सहमत)

- 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.
- हम यहाँ घोषणा करते हैं कि हम (हॉस्पिटल) निम्न प्रकार से मदद या वितरण करने हैं:
- 1) यह कि हम न तो वर्तमान और न ही भविष्य में किसी भी अन्य स्रोत से वित्तिय सहायता किसी भी रोगी के लिये मांगेंगे या किसी अन्य स्रोत से वित्तिय सहायता के लिये मांगेंगे, जो कि हम "कोशिका फाउंडेशन" से वित्तिय सहायता के लिये मांग रहे हैं। यदि "कोशिका फाउंडेशन" हमें वित्तिय सहायता नहीं देता, तो हमें अपने लक्ष्य को पूरा करने के लिये किसी अन्य स्रोत से वित्तिय सहायता के लिये मांगेंगे।
2. "कोशिका फाउंडेशन" से जो भी मदद हमें मिले, उसका उपयोग केवल उद्देश्य को पूर्ण करने के लिये या मेरे लक्ष्य को पूरा करने के लिये "कोशिका फाउंडेशन" से मदद अधिकृत करता हूँ।

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE
स्वीकृति के लिये अनुमति

Dr. Gayathri Krishna
Administrator

B.W. Lites Superspecialty Eye Hospital
No. 5, Lites Eye Hospital
Off: J.C. Road, Bangalore
(Name, Designation & Stamp of Authorized Signatory on behalf of Hospital)
यह मेरा हस्ताक्षर अधिकृत अधिकारी

Dr. SHREYAS LALLAL
B.W. Lites Superspecialty Eye Hospital
(Name of Dr. & Page No. with Stamp)
पता: 5, लीट्स आंखों के हॉस्पिटल, बंगलूरु

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION अंदरूनी उपयोग के लिये

SIGNATURE of TRUSTEE 1
भरोदार 1 का हस्ताक्षर

[Signature]

SIGNATURE of TRUSTEE 2
भरोदार 2 का हस्ताक्षर

[Signature]