

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE

सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)
(स्वास्थ्य देखभाल)Koshika
Foundation
Building Block of life

APPLICATION No. :

आवेदन संख्या :

B/0717/0172

APPLICATION DATE :

आवेदन तिथि

10/07/2017

NAME of APPLICANT :

आवेदक का नाम

Abdul Subhan

AGE-YEARS आयु-वर्ष

60

SEX लिंग

M

FATHER'S/SPOUSE'S NAME :

पिता/पत्नी का नाम

Kadas Sub

PRESENT RESIDENCE ADDRESS वर्तमान निवास पता

Rajiv colony, Katakoda Mandalam, Pithapuram, Chittoor Dist. Andhra Pradesh

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS : स्थायी निवास पता

Chittoor Dist. Andhra Pradesh

OCCUPATION :

व्यवसाय

Tailor

TOTAL ANNUAL INCOME :

कुल वार्षिक आय

34,000/-

(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 (कोichever जो लागू हो या नहीं का चिह्न लगाएं)

Yes / No

हां / नहीं

FAMILY DETAILS परिवार विवरण

Sr. No. क्रम संख्या	Name of Family Member परिवार के सदस्यों का नाम	Age (Years) उम्र (वर्ष)	Gender लिंग	Relation with Applicant आवेदक से क्या संबंध
1	Naseer Basha	25	M	Son
	One Daughter Married			

BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable)

सहायता के लिए निम्न कारण

BPL Card (Attach Card Copy) पोषी कार्ड का प्रमाण पत्र (आय पर भी लागू नहीं होता है)	BWS Certificate (Attach Certificate Copy) आय पर भी लागू पत्र (आय पर भी लागू नहीं होता है)	Ration Card (Attach Card Copy) आवधिकार कार्ड (आय पर भी लागू नहीं होता है)	Any Other Basis/Proof आय कोई प्रमाण
---	--	--	--

"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE:

सहायता हेतु निम्न लक्ष्य का उद्देश्य

Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached आवधिकार/निर्देशों के साथ जो भी प्रमाण प्रस्तुत करें
	Doc for Left Eye
	Cataract for Left Eye

ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES

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

Sr. No. क्रम संख्या	NAME of OTHER SOURCE आय स्रोत का नाम	AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILED यदि प्राप्त सहायता रकम
	B.W.L.E.H	



0172 0172
Abdul Subhan Abdul Subhan
proc op post op

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/revocation.
- 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 अथवा दावा प्राप्त हो कि वे मेरे मांगता विवरण को या सत्य हैं।
- 2) मैं यहाँ घोषणा करती हूँ "कोशिका फाउंडेशन", से जो मदद मिलेगी, उसका उपयोग उसी उद्देश्य के लिए किया जाएगा, जो इस फॉर्म में बताया गया है।
- 3) मैं यहाँ घोषणा करता हूँ कि मैं इस मांगता हेतु या उपयोग को नहीं करूँ, उस मदद का अधिक या कम किसी किसी अन्य सोर्सि/एम्प्लॉयर/इंश्योरेंस कंपनी से या जो दिया है और न ही अधिक में हूँ।

AGREEMENT by APPLICANT (अर्शक द्वारा स्वीकार)

- 1) By affixing my signature or thumb impression on this Form, I (Applicant) hereby agree & authorise Koshika Foundation and its Trustees to use/publish/print-up/produce 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 मेरे हस्ताक्षर या मुद्रा की छाप लगाकर, मैं (अर्शक) अपने स्वीकृति को पुष्टि करता हूँ एवं "कोशिका फाउंडेशन और ट्रस्टी" को अधिकृत करता हूँ कि वे मेरा नाम, पता, फोटो और मेरे विवरण इस फॉर्म में घोषित हैं, उसे "कोशिका" एम्प्लॉयर, दान, संचारण एवं इत्यादि से धन संग्रहीत करने और जानकारी के लिए किसी भी माध्यम पर प्रकाशित करने के लिए अधिकृत है। मेरे फॉर्म का विवरण मेरे फॉर्म के अंतर्गत या बाद में करने के लिए "कोशिका फाउंडेशन" से जारी अधिकृत है।
- 2) मैं (अर्शक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण मेरे मांगता के पूर्णपणे के अंतर्गत है एवं मांगता का अंशक नहीं करता। इस अंशक में "कोशिका" एम्प्लॉयर/संग्रहीत या निम्न अधिक और जानकारी होगी।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION:

अर्शक के हस्ताक्षर या बाएं 엄指 की छाप



AGREEMENT by HOSPITAL (हॉस्पिटल द्वारा स्वीकार)

- By affixing hereunder, signature of our Authorised 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.

- इससे अधिकृत, हमारे यहाँ की ओर से अनुमति देने वाले को "कोशिका फाउंडेशन" से वित्तीय सहायता हेतु सिफारिश की जाती है, जिसे हम (हॉस्पिटल) निम्न प्रकार से मान्यता प्रदान करते हैं:
- 1) यह कि हम न तो वर्तमान और न ही भविष्य में वित्तीय सहायता किसी भी रोगी के मामले में प्राप्त करेंगे या किसी अन्य स्रोत से प्राप्त करेंगे, क्योंकि हमें Koshika Foundation से सहायता प्राप्त करने की आवश्यकता है। यदि Koshika Foundation द्वारा मांगता प्रतिक्रिया नहीं मिलती है, तो हमें सहायता प्राप्त करने के लिए किसी अन्य स्रोत से सहायता प्राप्त करने का अधिकार सुरक्षित रहता है। इस पुष्टि में स्पष्ट बात यह है कि Koshika Foundation द्वारा सहायता प्रदान करने के लिए हमें सहायता प्रदान करने की आवश्यकता है।

2. "कोशिका फाउंडेशन" से जो मदद मांगता के लिए प्रदान की जाती है, उसे हम (हॉस्पिटल) इस बात से सहमत हैं कि हमें अपने रोगी/रोगी या पुरुष के लिए सहायता प्रदान करने का निष्पक्ष है और "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई दावा नहीं है। इसलिए हमें अपने रोगी के मामले में कोई भी जिम्मेदारी नहीं है।

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE
स्वीकृति के लिए अनुमति

Dr. Gayatri Prishna
Administrator

Date of Surgery ऑपरेशन की तारीख 11/04/2027	Dr. SHEETA BALLAL Consultant KMC Eye Centre B.W. Lions Super Speciality Eye Hospital (Name of Dr. & Reg. No. with Stamp) इसका नाम, पता व डॉक्टर का पता/नं. 202	B.W. Lions Super Speciality No. 5, Lions Eye Hospital (Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory on behalf of Hospital) यह व यह हस्ताक्षर अधिकृत अधिकारी
--	--	--

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION अंदरूनी उपयोग हेतु

SIGNATURE of TRUSTEE 1 यात्री ट्रस्टी 1 <i>[Signature]</i>	SIGNATURE of TRUSTEE 2 यात्री ट्रस्टी 2 <i>[Signature]</i>
---	---