

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE

सहायता हेतु आवेदन फार्म

(Healthcare)

(स्वास्थ्य देखभाल)

Koshika
foundation

Building block of life.

APPLICATION No.:

आवेदन संख्या :

B/071/0177

APPLICATION DATE:

आवेदन तिथि

10/07/2017

NAME of APPLICANT:

आवेदक का नाम

Venkata Nagulu

AGE-YEARS

वर्ष-वर्ष

65

SEX

लिंग

M

FATHER'S/SPOUSE'S NAME:

पिता/पत्नी का नाम

Nagappa

PRESENT RESIDENCE ADDRESS

वर्तमान निवास का पता

Kuvempalli, Gargapula, Kalkach

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS

स्थायी निवास का पता

Mandam, Piler, Chittoor Dist, Andhra Pradesh

OCCUPATION:

व्यवसाय

farmer

TOTAL ANNUAL INCOME:

कुल वार्षिक आय

40,000/-

(Attach Proof of Income)

(आय का प्रमाण संलग्न करें)

PAN No. (यदि प्राप्त हो)

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

आप क्या आय करदाता हैं? (को वही चिह्न दें जो लागू हो)

Yes / No

हाँ / नहीं

FAMILY DETAILS

कुल सदस्य

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	Two	Daughters	married	

BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable)

सहायता के लिए दिए गए आधार

BPL Card (Attach Card Copy) लोअर पैसा के तहत आवेदन करें (आवेदन पर जो प्रमाण संलग्न करें)	BWS Certificate (Attach Certificate Copy) आय आय का प्रमाण पत्र (आवेदन पर जो प्रमाण संलग्न करें)	Ration Card (Attach Card Copy) रसदानी कार्ड (आवेदन पर जो प्रमाण संलग्न करें)	Any Other Basis/Proof अन्य कोई प्रमाण
---	--	---	---

"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE:

सहायता हेतु दिए गए कारण का उल्लेख:

Sr. No. क्रम संख्या	Medical Report/Prescriptions Attached आयुर्वेद/वैद्यक से जारी की गई प्रमाणित प्रतियाँ संलग्न करें
1	DOV for Left Eye
2	Cataract for Left Eye

ASSISTANCE BEING AWAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES

इस उद्देश्य के लिए कोई अन्य सहायता मिली है या नहीं से ज्ञात करें

Sr. No. क्रम संख्या	NAME of OTHER SOURCE अन्य स्रोत का नाम	AMOUNT of ASSISTANCE BEING AWAILED यदि यह सहायता मिली
1	B.W.L.E.H	



0177 Venkata Nagulu
0177 Venkata Nagulu

DECLARATION by APPLICANT: (अर्शक द्वारा घोषणा):

- 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.
- 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.
- 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.
- मेरे द्वारा घोषणा है कि इस प्रारूप में दिए गये सभी विवरण सही जानकारी के अनुसार सच एवं सही हैं। यदि कोई झूठा बयान एवं गलत जानकारी प्रदाता है तो उसे सहायता प्रदान की जा सकती है।
- मेरे द्वारा घोषणा की "बोडिका फाउंडेशन", से जो राशि मांगी है, उसका उपयोग उक्त उद्देश्य की पूर्ति के लिये किया जाएगा, जो इस प्रारूप में बताया है।
- मेरे द्वारा घोषणा है कि मैं इस सहायता हेतु या उसके को नहीं हूँ, उस राशि का अधिक या कम किसी अन्य स्रोत/रोजगार/बीमा कंपनी से न 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/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.

- इस प्रारूप पर मेरा हस्ताक्षर या मुद्रा लगाकर, मैं (अर्शक) अपनी जानकारी की पुष्टि करता हूँ एवं "बोडिका फाउंडेशन और इसके भरोसे" को अधिकृत करता हूँ कि वे मेरा नाम, पता, फोटो और मेरे विवरण इस प्रारूप में प्रकाशित करें, उन्हें "बोडिका" एल्बम, पत्र, पत्रिका/पत्र प्रसारण से जुड़ी प्रचारितियों और प्रचारितियों के लिये किसी भी माध्यम का उपयोग करके मेरे विवरण प्रकाशित करें। मेरे द्वारा घोषणा की जानकारी को पहले या बाद में करने से लिए "बोडिका फाउंडेशन" को अधिकृत है।
- मैं (अर्शक) इस प्रारूप में घोषणा करता हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण को बिना सहायता के उपयोग के प्रकाशित करने से मेरी सहायता के लिए कोई भी अधिकार प्राप्त नहीं होगा। सहायता का प्रदान या न करने का निर्णय केवल "बोडिका" एल्बम के भरोसे और उनके अधिकारियों के द्वारा किया जाएगा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION:

अर्शक की हस्ताक्षर या बाएं 엄指 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:

- 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.
- 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.

हमारे अधिकृत, हस्ताक्षर की ओर से मामले/रोगी को "बोडिका फाउंडेशन" से वित्तीय सहायता हेतु सिफारिश की जाती है, जिसे हम (हॉस्पिटल) निम्न प्रकार से मान्यता प्रदान करते हैं।

- यह कि न तो हमारे पास और न ही भविष्य में वित्तीय सहायता किसी भी सहायता संगठन या किसी अन्य स्रोत से प्राप्त करने के लिए हमें कोई अधिकार है, जैसे कि हमारे "बोडिका फाउंडेशन" से सिफारिश/विधि प्राप्त की सहायता से "बोडिका फाउंडेशन" द्वारा प्रदान किया है। यदि "बोडिका फाउंडेशन" द्वारा सहायता प्रदान की जाती है, तो हमारे पास होगा अन्य किसी सहायता संगठन या किसी अन्य स्रोत से सहायता लेने का अधिकार सुरक्षित रहता है। इस पुष्टि से स्पष्ट बना जाता है कि सहायता प्रदान करने पर हमारे पास सहायता प्रदान करने के लिए किसी भी सहायता संगठन या किसी अन्य स्रोत से कोई अधिकार नहीं है।

- "बोडिका फाउंडेशन" से जो राशि सहायता संगठन प्रदान करती है। उसे या सहायता प्राप्त की राशि सहायता संगठन का चुनाव करने एवं सहायता को लेने का निर्णय है और "बोडिका फाउंडेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई दावा नहीं है। हमारे पास सहायता से लेने के लिए सहायता संगठन और जाने जाने की सही जिम्मेदारी होती है सहायता को लेने और "बोडिका" को कोई भी सहायता या जिम्मेदारी हमें नहीं होगी।

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE

स्वीकृति के लिए, प्रमाणित

Dr. Gayatri Krishna

Administrator

B.W. Lions Superspecialty Eye Hos^{pt}

No. 5, Lions Eye Hospital R^{oad}

(Date, Designation & Stamp of Authorized Signatory

on behalf of Hospital)

यदि न तो सहायता अधिकृत अधिकारी

Date of Surgery
ऑपरेशन की तिथि

11/07/2017

Dr. SHEETAL DALLAL

KMC-56304
B.W. Lions Super Speciality Eye Hospital
(Name of Dr. & Regn. No. with Stamp)
हस्ताक्षर का नाम व हस्ताक्षर के साथ

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION

आंतरिक उपयोग हेतु

SIGNATURE of TRUSTEE 1

भरोसेदार 1

[Signature]

SIGNATURE of TRUSTEE 2

भरोसेदार 2

[Signature]