

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE

सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)

(स्वास्थ्य सहायता)


Koshika
 Foundation
 Building Block of Life

APPLICATION No. /

अवेदन क्रमांक :-

B/0717/0182

APPLICATION DATE /

अवेदन तिथि

10/07/2017

NAME of APPLICANT /

अवेदन करी का नाम

Chinna Sidda Reddy

AGE-YEARS आयु-वर्ष

85

SEX लिंग

M

FATHER/SPOUSE'S NAME /

पिता/पत्नी का नाम

Bappa Reddy

PRESENT RESIDENCE ADDRESS वर्तमान निवास पता

Gurvalagaddam, K. V. Pelli 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 संलग्न करें)

PAN No. आय का प्रमाण संख्या

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

आप आय कर कादादा हैं (को सही का टिक करें या नहीं का टिक करें)

Yes / No

हां / नहीं

FAMILY DETAILS परिवार विवरण

Sr. No. क्रम संख्या	Name of Family Member परिवार के सदस्य का नाम	Age (Years) उम्र (वर्ष)	Gender लिंग	Relation with Applicant अवेदन करी के साथ संबंध
	Babu Reddy	30	M	Son
	Two Daughters Married			

BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable)

सहायता के लिए कौन सा आधार

BPL Card (Attach Card Copy) गरीबी रक्षा के लिए प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की प्रतिलिपि संलग्न करें)	EWB Certificate (Attach Certificate Copy) आय आय वर्ग प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की प्रतिलिपि संलग्न करें)	Ration Card (Attach Card Copy) अन्नपत्रिका कार्ड (प्रमाण पत्र की प्रतिलिपि संलग्न करें)	Any Other Basis/Proof अन्य कोई प्रमाण
--	--	--	---

"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE:

सहायता हेतु कौन सा उद्देश्य

Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached स्वास्थ्य/चिकित्सा के कौन से डॉक्टरों के साथ संलग्न
	Doc for Left Eye.
	Cataract for Left Eye

ASSISTANCE BEING AVAILED IN SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES

एक उद्देश्य के हेतु कोई अन्य सहायता किसी अन्य स्रोत से लिये गए हैं?

Sr. No. क्रम संख्या	NAME of OTHER SOURCE अन्य स्रोत का नाम	AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILED कौन से सहायता प्राप्त
	B.W.L.E.H.	


 0182 Chinna Sidda Reddy
 0182 Chinna Sidda Reddy

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 प्रपत्र में दिये गये सभी विवरण सही जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई झूठा बयान दूँ या सत्य बयान दूँ तो उसे सही माना जायेगा और मैं उसे सही मानता हूँ।
- 2) मैं यहाँ घोषणा करता हूँ कि "कोशिका फाउंडेशन", से जो सहायता मिलेगी, उसे केवल उसी उद्देश्य के लिए ही प्रयोग करूँगा, जो इस प्रपत्र में बताया गया है।
- 3) मैं यहाँ घोषणा करता हूँ कि मैं किसी भी प्रकार से या भविष्य में, अपने उपचार के लिए किसी भी अन्य स्रोत/रोजगार/बीमा कंपनी से न तो रकम ले रहा हूँ और न ही लेने की योजना बना रहा हूँ।

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/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) मैं इस प्रपत्र पर अपनी हस्ताक्षर या अंगूठी का निशान लगाकर, मैं (अर्शक) यहाँ घोषणा करता हूँ कि "कोशिका फाउंडेशन और उसके भरोदारों" को अधिकृत करता हूँ कि वे मेरा नाम, पता, फोटो और मेरे उद्देश्य का विवरण इस प्रपत्र में जो दिया है, उसे "कोशिका" द्वारा, मुझे, मेरे पता, मेरे नाम, मेरे उद्देश्य के लिए मेरी फोटो और मेरे उद्देश्य के विवरण के माध्यम से प्रकाशित करने के लिए अधिकृत हैं। वे इस प्रपत्र का उपयोग कर सकते हैं मेरा नाम या पता मेरे उद्देश्य के लिए "कोशिका फाउंडेशन" में प्रकाशित कर सकते हैं।
- 2) मैं (अर्शक) इस प्रपत्र पर घोषणा करता हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और उद्देश्य का विवरण कोशिका फाउंडेशन के भरोदारों से मिले हुए सहायता का हस्ताक्षर नहीं करता। इस मामले में "कोशिका" द्वारा, मेरे भरोदारों को निर्देश दिया जाता है कि वे मेरा नाम या पता मेरे उद्देश्य के लिए प्रकाशित कर सकते हैं।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION :
अर्शक की हस्ताक्षर या अंगूठी का निशान



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.
- हम यहाँ घोषणा कर रहे हैं कि हम (हॉस्पिटल) निम्न प्रपत्र पर घोषणा कर रहे हैं कि:
- 1) यह कि हम न तो वर्तमान में न ही भविष्य में किसी भी अन्य स्रोत से वित्तीय सहायता ले रहे हैं या ले रहे होंगे, जो कि हमने "कोशिका फाउंडेशन" से वित्तीय सहायता लेने के लिए अनुरोध किया है। यदि "कोशिका फाउंडेशन" हमें वित्तीय सहायता नहीं देता है, तो हम इसे अन्य स्रोत से पूरक कर सकते हैं।
- 2) "कोशिका फाउंडेशन" से मिलने वाली सहायता केवल वित्तीय प्रकृति की है। उपचार का चयन हमारे रोगी और हमारे बीच की व्यवस्था के आधार पर होता है, जो कि "कोशिका फाउंडेशन" से प्रभावित नहीं होता है। इसलिए, हमारा हॉस्पिटल ही उपचार और उसके परिणाम और रोगी की सुरक्षा के लिए पूर्ण रूप से जिम्मेदार होगा, और "कोशिका फाउंडेशन" को इस मामले में कोई भी भूमिका या जिम्मेदारी नहीं होगी।

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE
अनुमोदित करने के लिए

Dr. Gayatri Krishna

Administrator

B.W. Lions Superspecialty Eye Hospital
No. 5, Lions Eye Hospital Road
(Name, Qualification & Stamp of Authorized Signatory on behalf of Hospital)
हमारे नाम पर हस्ताक्षर करने वाले अधिकारी

Date of Surgery
उपचार की तारीख
11/07/2017

Dr. SURESH BALLAN
Surgeon
56304
B.W. Lions Super Speciality Eye Hospital
(Name of Dr. & Regd. No. with Stamp)
हमारे नाम पर हस्ताक्षर करने वाले डॉक्टर

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION आंतरिक उपयोग के लिए

SIGNATURE of TRUSTEE 1 भरोदार 1 का हस्ताक्षर	SIGNATURE of TRUSTEE 2 भरोदार 2 का हस्ताक्षर
<i>[Signature]</i>	<i>[Signature]</i>