

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE

सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)

(स्वास्थ्य देखभाल)

Koshika
Foundation

Building Most of Us

APPLICATION No.:

आवेदन संख्या:

B/0717/0189

APPLICATION DATE:

आवेदन तिथि

10/07/2017

NAME OF APPLICANT:

आवेदन करने वाले का नाम

Obalappa

AGE-YEARS वर्ग-वर्ष

65

SEX लिंग

M

FATHER/SPOUSE'S NAME:

पिता/पत्नी का नाम

Ramaiah

PRESENT RESIDENCE ADDRESS: वर्तमान निवास पता

matampalli, kv pulli, anudalam

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS: स्थायी निवास पता

P.O., Chittoor Dist., Annapurmath

OCCUPATION:

व्यवसाय

Unemployed

TOTAL ANNUAL INCOME:

कुल वार्षिक आय

30,000/-

(Attach Proof of Income)

(आय का प्रमाण संलग्न करें)

PAN No. (आय कर पहचान संख्या)

ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (TAX WHICHEVER IS APPLICABLE)?

आप आय कर का भुगतान करते हैं (जो लागू हो उस पर 'हाँ' या 'नहीं' का चिह्न लगाएं)

Yes/No

हाँ / 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 आवेदन करने वाले का संबंध
	Kumara	26	M	Son
	One Daughter Married			

BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable)

सहायता के लिए विधि (आपको लागू है)

BPL Card (Attach Card Copy) राश्री के तहत से होने वाला पत्र (प्रमाण पत्र की प्रतिलिपि संलग्न करें)	EWS Certificate (Attach Certificate Copy) आय आय वर्ग प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की प्रतिलिपि संलग्न करें)	Ration Card (Attach Copy) रसोईका कार्ड (प्रमाण पत्र की प्रतिलिपि संलग्न करें)	Any Other Basis/Proof अन्य कोई प्रमाण
---	--	--	---

"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE:

सहायता हेतु निम्न में किसी का उद्देश्य:

Medical Reports/Prescriptions Attached
आयुर्वेद/चिकित्सा के कार्ड की प्रतिलिपि संलग्न करें

Sr. No. क्रम संख्या	
	Dov for Right Eye
	Cataract for Right Eye

ASSISTANCE BEING AWARDED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES

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

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



0189 0189
Obalappa Obalappa
pre-op post-op

DECLARATION by APPLICANT: मैंने इस फॉर्म पर:

- 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.
- 4) मैंने इस फॉर्म पर निम्न बातें लिखी हैं जो सच हैं। मैंने कोई भी झूठा बयान नहीं दिया है। मैंने इस फॉर्म पर निम्न बातें लिखी हैं जो सच हैं।
- 5) मैंने इस फॉर्म पर निम्न बातें लिखी हैं जो सच हैं। मैंने कोई भी झूठा बयान नहीं दिया है। मैंने इस फॉर्म पर निम्न बातें लिखी हैं जो सच हैं।
- 6) मैंने इस फॉर्म पर निम्न बातें लिखी हैं जो सच हैं। मैंने कोई भी झूठा बयान नहीं दिया है। मैंने इस फॉर्म पर निम्न बातें लिखी हैं जो सच हैं।

AGREEMENT by APPLICANT (आवेदक को पढ़ें)

- 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/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/endeavours. 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.
- 3) मैंने इस फॉर्म पर निम्न बातें लिखी हैं जो सच हैं। मैंने कोई भी झूठा बयान नहीं दिया है। मैंने इस फॉर्म पर निम्न बातें लिखी हैं जो सच हैं।
- 4) मैंने इस फॉर्म पर निम्न बातें लिखी हैं जो सच हैं। मैंने कोई भी झूठा बयान नहीं दिया है। मैंने इस फॉर्म पर निम्न बातें लिखी हैं जो सच हैं।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION :

आवेदक के हस्ताक्षर या बायाँ 엄지 انگुठा का निशान



AGREEMENT by HOSPITAL (हॉस्पिटल को पढ़ें)

- 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/cases, 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/cases 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.
 - 3) मैंने इस फॉर्म पर निम्न बातें लिखी हैं जो सच हैं। मैंने कोई भी झूठा बयान नहीं दिया है। मैंने इस फॉर्म पर निम्न बातें लिखी हैं जो सच हैं।
 - 4) मैंने इस फॉर्म पर निम्न बातें लिखी हैं जो सच हैं। मैंने कोई भी झूठा बयान नहीं दिया है। मैंने इस फॉर्म पर निम्न बातें लिखी हैं जो सच हैं।

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE

स्वीकृति के लिए संकेतित

Dr. Gayatri Krishna
Administrator

B.W. Lions Superspecialty Eye Hospital
(Name, Designation & Stamp of Authorized Signatory on behalf of Hospital)
एन.बी. लायंस सुपरस्पेशलिटी आइ हॉस्पिटल

DR. JAYALAKSHMI
KMC No. 54304
(Name of Dr. & Regn. No. with Stamp)
डॉ. जयलक्ष्मी का निशान और नाम

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION अंदरूनी इस्तेमाल के लिए

SIGNATURE of TRUSTEE 1
यात्री हस्ताक्षर 1

SIGNATURE of TRUSTEE 2
यात्री हस्ताक्षर 2

[Signature]

[Signature]