

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE

सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)

(स्वास्थ्य देखभाल)

Koshika
Foundation
Building block of life.

APPLICATION No.:

आवेदन संख्या:

B/0711/0193

APPLICATION DATE:

आवेदन तिथि

10/07/2017

NAME OF APPLICANT:

आवेदक का नाम

Akkulammo

AGE-YEARS (मात्रिका)

65

SEX (लिंग)

F

FATHER/SPOUSE'S NAME:

पिता/सहोदर का नाम

Peraiah

PRESENT RESIDENCE ADDRESS (वर्तमान निवास)

Muduvankupalli, Thalligantapalli,

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS (स्थायी निवास)

Rampachestharam, P. O. Chittoor, Andhra Pradesh

OCCUPATION:

व्यवसाय

Housewife

TOTAL ANNUAL INCOME:

कुल वार्षिक आय

55,000/- (family Income)

(Attach Proof of Income)
(आय का प्रमाण प्रस्तुत करें)

PAN No. (आय कर संख्या)

ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable):
आप आय कर कादादा हैं (को वही टिक करें जो लागू हो):Yes / No
हां / नहीं

FAMILY DETAILS (परिवार विवरण)

Sl. No. क्रम संख्या	Name of Family Member परिवार के सदस्य का नाम	Age (Years) उम्र (वर्ष)	Gender लिंग	Relation with Applicant आवेदक से संबंध
1	Peraiah	43	M	Son
2	Venkataraman	40	M	Son
Three Daughters married				

BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable)
सहायता के लिए दिये गए आधारBPL Card
(Attach Card Copy)
पोषी कार्ड के साथ प्रमाण पत्र
(प्रमाण पत्र की प्रतिलिपि संलग्न करें)EWS Certificate
(Attach Certificate Copy)
आय कर की प्रमाण पत्र
(प्रमाण पत्र की प्रतिलिपि संलग्न करें)Ration Card
(Attach Card Copy)
रेशन कार्ड
(प्रमाण पत्र की प्रतिलिपि संलग्न करें)Any Other
Basis/Proof
अन्य कोई प्रमाण

"PURPOSE" IN REQUESTING ASSISTANCE:

सहायता हेतु दिये गये निम्न कारण:

Medical Reports/Prescriptions Attached
वैद्यकीय रिपोर्टों के साथ की गई प्रतिलिपि संलग्न करें200 for Left Eye
Cataract for Left Eye

ASSISTANCE BEING AWARDED BY SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES

एक ही उद्देश्य के लिए कोई अन्य सहायता मिली अन्य स्रोत से दिया गया है?

Sl. No.
क्रम संख्याNAME of OTHER SOURCE
अन्य स्रोत का नामAMOUNT of ASSISTANCE BEING AWARDED
कोई भी सहायता नहीं

B.W.L.E.H

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 प्रारूप में दिये गये सभी विवरण सही जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई कथित सत्य एवं सत्य बात है तो भी उसका निरास हो या सही है।
- 2) मैं यहाँ घोषणा करता हूँ कि "कोशिका फाउंडेशन", से जो सहायता मिलेगी, उसे केवल उसी उद्देश्य के लिए ही प्रयोग करूँगा, जो इस प्रारूप में बताया गया है।
- 3) मैं यहाँ घोषणा करता हूँ कि मैंने या भविष्य में कभी भी किसी अन्य स्रोत/रोजगारदाता/बीमा कंपनी से न तो पूरा है और न ही आंशिक रूप से मुझे

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/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 प्रारूप पर अपनी हस्ताक्षर या अंगूठे की छाप लगाकर, मैं (अर्शक) यहाँ घोषणा करता हूँ कि मैं "कोशिका फाउंडेशन और इसके भरोसे" को अधिकृत करता हूँ कि वे मेरा नाम, पता, फोटो और मेरे विवरण इस प्रारूप में प्रकाशित करें, जो "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा प्रेषित, प्रकाशित, प्रसारित, प्रसारित या प्रसारित करने के लिए निर्धारित और उपयोग के लिए निर्धारित हैं।
- 2) मैं (अर्शक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण को बिना किसी भी प्रकार के प्रतिबंध के प्रकाशित करने के लिए "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा प्रेषित, प्रकाशित, प्रसारित, प्रसारित या प्रसारित करने के लिए निर्धारित हैं।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION:

अर्शक की हस्ताक्षर या अंगूठे की 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:
- 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.

- मैं यहाँ घोषणा करता हूँ कि मैंने या भविष्य में कभी भी किसी अन्य स्रोत/रोजगारदाता/बीमा कंपनी से न तो पूरा है और न ही आंशिक रूप से मुझे
- 1) मैं यहाँ घोषणा करता हूँ कि मैंने या भविष्य में कभी भी किसी अन्य स्रोत/रोजगारदाता/बीमा कंपनी से न तो पूरा है और न ही आंशिक रूप से मुझे
- 2) मैं यहाँ घोषणा करता हूँ कि मैंने या भविष्य में कभी भी किसी अन्य स्रोत/रोजगारदाता/बीमा कंपनी से न तो पूरा है और न ही आंशिक रूप से मुझे

**RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE
स्वीकृति के लिए प्रस्तावित**

Dr. Gayatri Krishna
Administrator

B.W. Lions Superspecialty Eye Hospital
No. 5, Lions Eye Hospital Road
Off: J.C. Road, Bannari, Coimbatore
(Name, Designation & Stamp of Authorized Signatory on behalf of Hospital)
यह सत्य है, हस्ताक्षर अधिकृत अधिकारी

Dr. SHEETAL BALLAL
Specialist
Specialty Eye Hospital
(Name of Dr. & Regn. No. with Stamp)
डॉक्टर का नाम है, पता है और छाप

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION अंदरूनी उपयोग के लिए

SIGNATURE of TRUSTEE 1
भरोसे का हस्ताक्षर 1

[Signature]

SIGNATURE of TRUSTEE 2
भरोसे का हस्ताक्षर 2

[Signature]