

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE

सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)

(स्वास्थ्य देखभाल)

Koshika
foundation
Building block of life.

APPLICATION No.:

आवेदन संख्या:

B0717/0194

APPLICATION DATE:

आवेदन तिथि

10/07/2017

NAME of APPLICANT:

आवेदक का नाम

Yellamma

AGE-YEARS आयु-वर्ष

65

SEX लिंग

F

FATHER/SPOUSE'S NAME:

पिता/पति का नाम

Chinnappa

PRESENT RESIDENCE ADDRESS: वर्तमान निवास पता

Gokulnagar, KV Patti, Marolli

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS: स्थायी निवास पता

Piles, Chittoor Dist. Andhra Pradesh

OCCUPATION:

व्यवसाय

unemployed (Housewife)

TOTAL ANNUAL INCOME:

कुल वार्षिक आय

35,000/- (family income)

(Attach Proof of Income)

(आय का सबूत जमा करें)

PAN No. (आय कर पहचान संख्या)

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

क्या आप आय कर कादा हैं? (जो लागू हो उसे 'X' चिह्नित 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 आवेदक से संबंधित
One Daughter married				

BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable):
सहायता के लिए विधि आधार

SPL Card (Attach Card Copy) गरीब रेश का प्रमाण पत्र (उपलब्ध हो तो जमा करें)	EWS Certificate (Attach Certificate Copy) आय कर वर्ग प्रमाण पत्र (उपलब्ध हो तो जमा करें)	Ration Card (Attach Card Copy) आपूर्ति कार्ड (उपलब्ध हो तो जमा करें)	Any Other Basis/Proof अन्य कोई सबूत
--	---	---	---

"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE:

सहायता हेतु निम्न में किसी का उद्देश्य:

Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached अनुसंधान/पत्रिकाएं जो जोड़ी की गई प्रमाणित कृपया करें
	Doc for Right Eye
	Cataract for Right Eye

ASSISTANCE BEING AWARDED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES

क्या उद्देश्य के लिए 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 कितनी राशि सहायता मिली
	B.W.L.E.H	

46 — 9.9.5

0194 yellow
poc op0194 yellow
post op

DECLARATION by APPLICANT (आवेदन करने वाले):

- 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 आवेदन में दिये गये सभी विवरण सही जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई विवरण सत्य नहीं माना जाय तो उसे सही मानना निम्न को न माननी है।
- 2) मैं यहाँ घोषणा करती हूँ कि "कोशिका फाउंडेशन", से जो सहायता मिलेगी, उसका उपयोग इस आवेदन में दिये गये उद्देश्य के लिए किया जाएगा, जो इस आवेदन में बताया गया है।
- 3) मैं यहाँ घोषणा करता हूँ कि मैं इस सहायता हेतु या भविष्य में नहीं हूँ, उस उद्देश्य का अधिक या कम किसी अन्य संगठन/रोजगार/बीमा कंपनी से न ले सकूँ और न ही भविष्य में लूँ।

AGREEMENT by APPLICANT (आवेदन करने वाले):

- 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.
- 1) इस आवेदन पर मेरी हस्ताक्षर या अंगुली का छाप लगाकर, मैं (आवेदक) यहाँ घोषणा करता हूँ कि "कोशिका फाउंडेशन और इसके भरोदारों" को अधिकृत करता हूँ कि वे मेरा नाम, पता, फोटो और मेरे विवरण इस आवेदन में दिये गये हैं, इसे "कोशिका" द्वारा, प्रिंट, इलेक्ट्रॉनिक, या अन्य माध्यमों के माध्यम से दानों को आमंत्रित करने के लिए और/या "कोशिका फाउंडेशन" के गतिविधियों और उपलब्धियों के बारे में जानकारी देने के लिए उपयोग करेगा। मेरे आवेदन का निष्पत्ति मेरे सहायता के लिए या मेरे उद्देश्य को पूरा करने के लिए "कोशिका फाउंडेशन" को अधिकृत करता है।
- 2) मैं (आवेदक) इस आवेदन में घोषणा करता हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण को बिना किसी भी शर्त के इस आवेदन के उद्देश्य के लिए इस आवेदन का उपयोग नहीं करता हूँ। इस आवेदन में "कोशिका" द्वारा दिये गये भरोदारों का नाम और पता भी इस आवेदन में

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION:

आवेदन करने वाले का हस्ताक्षर या अंगुली का छाप



AGREEMENT by HOSPITAL (हॉस्पिटल द्वारा):

- 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.
- यहाँ, अधिकृत, हस्ताक्षर की और से हमारे/हमारे को "कोशिका फाउंडेशन" से वित्तीय सहायता हेतु सिफारिश की जाती है, कि हम (हॉस्पिटल) इस आवेदन में सत्य व भरोसा करते हैं।
- 1) यह कि हम न तो वर्तमान और न ही भविष्य में वित्तीय सहायता किसी और संगठन या किसी अन्य स्रोत से इस रोगी/रोगी के लिए या से कोई भी, जैसे कि हमारे "कोशिका फाउंडेशन" से सिफारिश/सिफारिश प्राप्त हो सकेगी, "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा सहायता हेतु सिफारिश की जाती है, यदि "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा सहायता नहीं दी जाती है, तो हमारे हॉस्पिटल को सही करने के लिए अधिकृत होगा। यह घोषणा करने का अधिकार सुरक्षित रहता है। इस घोषणा में हम घोषणा करते हैं कि हमारे हॉस्पिटल द्वारा सहायता हेतु सिफारिश की जाती है, हमारे हॉस्पिटल को सही करने का अधिकार सुरक्षित रहता है।
2. "कोशिका फाउंडेशन" से जो सहायता प्राप्त होगी, उसका उपयोग इस आवेदन में दिये गये उद्देश्य के लिए किया जाएगा, जो इस आवेदन में बताया गया है।
3. "कोशिका फाउंडेशन" से जो सहायता प्राप्त होगी, उसका उपयोग इस आवेदन में दिये गये उद्देश्य के लिए किया जाएगा, जो इस आवेदन में बताया गया है।

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE

स्वीकृति के लिए प्रेषण

Dr. Gayatri Krishna
Administrator

B.W. Lions Superspecialty Eye Hospital

No. 5, Lions Eye Hospital Road

Off: J.C. Road, Bangalore - 560 002

(Name, Designation & Stamp of Authorized Signatory on behalf of Hospital)

नाम व पद हस्ताक्षर अधिकृत अधिकारी

Dr. SHEETAL BALAKRISHNAN
Surgeon
No. 56304
B.W. Lions Superspecialty Eye Hospital
(Name of Dr. & Page No. with Stamp) - 560 002
हस्ताक्षर का नाम व पद हस्ताक्षर के लिए

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION (आवेदन करने वाले के लिए)

SIGNATURE of TRUSTEE 1

नाम हस्ताक्षर 1

[Signature]

SIGNATURE of TRUSTEE 2

नाम हस्ताक्षर 2

[Signature]