

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE

सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)

(स्वास्थ्य देखभाल)

Koshika
foundation

Building No. 10, 11, 12

APPLICATION No.:

आवेदन संख्या:

B/0717/0195

APPLICATION DATE:

आवेदन तिथि

10/07/2017

NAME OF APPLICANT:

आवेदक का नाम

Shanthamma

AGE-YEARS

वर्ष

SEX

लिंग

50

F

FATHER'S/SPOUSE'S NAME:

पिता/पति का नाम

Venkatasamasa

PRESENT RESIDENCE ADDRESS: वर्तमान निवास पता

Gosanthipalli, K.V. Patti, Mandakur

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS: स्थायी निवास पता

Piler, Chittoor Dist, Andhra Pradesh

OCCUPATION:

व्यवसाय

Labour

TOTAL ANNUAL INCOME:

कुल वार्षिक आय

53,000/-

(Attach Proof of Income)

(आय का प्रमाण प्रस्तुत करें)

PAN No. (आय) का प्रमाण

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

आप आय कर का दाता हैं (को काला हो या नहीं का चिह्न लगाएं)

Yes / No

हां / नहीं

FAMILY DETAILS: परिवार विवरण

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	Sudhakar	29	M	Son
	One Daughter			

BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable)

सहायता के लिए किसी आधार

BPL Card (Attach Card Copy) लोरी कार्ड का प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र को साथ में जोड़ना पड़ेगा)	EWS Certificate (Attach Certificate Copy) अन्य आय का प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र को साथ में जोड़ना पड़ेगा)	Ration Card (Attach Card Copy) उपभोग्य कार्ड (प्रमाण पत्र को साथ में जोड़ना पड़ेगा)	Any Other Basis/Proof अन्य कोई आधार
---	--	--	---

"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE:

सहायता हेतु किसे क्या किसी का उद्देश्य:

Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached आपसमाचारित से जारी की गई प्रीस्क्रिप्शन प्रमाण
	DOV for Right Eye
	Cataract for Right Eye

ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES

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

Sr. No. क्रम संख्या	NAME of OTHER SOURCE अन्य स्रोत का नाम	AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILED कितनी राशि सहायता मिली
	B.W.L.E.H	



0195 0195
Shanthamma Shanthamma
proop postop

DECLARATION by APPLICANT (आवेदनकर्ता द्वारा किये गए)

- 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 पुष्टि करता हूँ कि इस फॉर्म में दिये गये सभी विवरण सही जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई झूठा कथन एवं झूठा दावा दाया जाता है तो मेरी सहायता निरस्त की जा सकती है।
- 2) मैं यहाँ पुष्टि करता हूँ कि "कोशिका फाउंडेशन", से जो सहायता मिलेगी, उसे केवल उसी उद्देश्य के पूर्ण के लिये ही प्रयोग करूँगा, जो इस फॉर्म में बताया गया है।
- 3) मैं यहाँ पुष्टि करता हूँ कि मैं इस सहायता से किसी भी प्रकार की रकम की वापसी, पूर्ण या आंशिक, किसी भी अन्य स्रोत/एम्प्लॉयर/इंश्योरेंस कंपनी से नहीं करूँगा।

AGREEMENT by APPLICANT (आवेदनकर्ता द्वारा किये गए)

- 1) By affixing my signature or thumb impression on this Form, I (Applicant) hereby agree & authorize Koshika Foundation and its Trustees to use/publish/print/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 फॉर्म पर मेरी हस्ताक्षर या मुद्रा लगाकर, मैं (आवेदनकर्ता) यहाँ सहमत करता हूँ कि "कोशिका फाउंडेशन और इसके भरोदारों" को अधिकृत करता हूँ कि वे मेरा नाम, पता, फोटो और मेरे विवरण इस फॉर्म में उल्लिखित हैं, उन्हें "कोशिका फाउंडेशन" एम्प्लॉयर, डॉक्टर, चिकित्सक या अन्य व्यक्ति के माध्यम से मुझे जानकारी देने के लिए किसी भी माध्यम से प्रकाशित करने में सक्षम होंगे। यह प्रकाशित करने के लिए "कोशिका फाउंडेशन" या भरोदारों को अधिकृत करता है।
- 2) मैं (आवेदनकर्ता) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण को बिना किसी भी शर्त के प्रकाशित करने के लिए "कोशिका फाउंडेशन" या भरोदारों को अधिकृत करता है।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION :

आवेदनकर्ता की हस्ताक्षर या बाईं थंब प्रिंट



AGREEMENT by HOSPITAL (हॉस्पिटल द्वारा किये गए)

- 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.

- इससे अधिकृत, हमारे यहाँ के अधिकृत हस्ताक्षरकर्ता द्वारा इस मामले/रोगी को कोशिका फाउंडेशन से वित्तीय सहायता के लिए सिफारिश की जाती है, जिसे हम (हॉस्पिटल) निम्न प्रकार से मान्यता देते हैं।
- 1) यह कि हम अभी तक और भविष्य में किसी भी अन्य स्रोत से वित्तीय सहायता नहीं ले रहे हैं, क्योंकि हम कोशिका फाउंडेशन से सहायता प्राप्त करने के लिए अनुरोध कर रहे हैं। यदि कोशिका फाउंडेशन से सहायता पूर्णतः प्राप्त नहीं होती है, तो हम अपने अंतर को किसी अन्य स्रोत से पूरित करने का अधिकार सुरक्षित रखते हैं। यह पुष्टि करने के लिए कि हम वित्तीय सहायता के लिए कोशिका फाउंडेशन से सहायता प्राप्त करने का अनुरोध कर रहे हैं कि हम वित्तीय सहायता के लिए कोशिका फाउंडेशन से सहायता प्राप्त करने का अनुरोध कर रहे हैं।
2. "कोशिका फाउंडेशन" से जो सहायता प्राप्त की जाती है, वह केवल वित्तीय प्रकृति की है। रोगी का उपचार इस बात पर निर्भर करता है कि रोगी कोशिका फाउंडेशन से सहायता प्राप्त करने का अनुरोध कर रहे हैं कि हम वित्तीय सहायता के लिए कोशिका फाउंडेशन से सहायता प्राप्त करने का अनुरोध कर रहे हैं।

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE
स्वीकार करने के लिए सिफारिश

Dr. Gayathri Krishna
Administrator

B.W. Lions Superspecialty Eye Hospital

No. 5, Lions Eye Hospital Road

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

हमारे यहाँ के अधिकृत हस्ताक्षरकर्ता

Date of Surgery
ऑपरेशन की तारीख

Dr. S. S. BALLAL
Consultant
KMC No. 56304
Superspecialty Eye Hospital
(Name of Dr. & Regd. No. with Stamp)
हमारे यहाँ के डॉक्टर का नाम और पंजीकृत नंबर के साथ मुद्रा

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION आंतरिक प्रयोग के लिए

SIGNATURE of TRUSTEE 1
भरोदार 1

SIGNATURE of TRUSTEE 2
भरोदार 2

[Signature]

[Signature]