

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE

सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)

(स्वास्थ्य देखभाल)


Koshika
 foundation
 Building Health of India

APPLICATION No.:

आवेदन संख्या:

B/0-717/0198

APPLICATION DATE

आवेदन तिथि

10/07/2017

NAME OF APPLICANT:

आवेदक का नाम

Krishnareddy

AGE-YEARS आयु-वर्ष

66

SEX लिंग

m

FATHER/SPOUSE'S NAME:

पिता/पत्नी का नाम

Kondareddy

PRESENT RESIDENCE ADDRESS वर्तमान निवास पता

Kothayalli, Jerrasapalyam, Marthandapuram

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS: स्थायी निवास पता

Piles, Chittoor Dist., Andhra Pradesh

OCCUPATION:

व्यवसाय

Farmer

TOTAL ANNUAL INCOME:

कुल वार्षिक आय

54,000/-

(Attach Proof of Income)

(सबूत का प्रमाण प्रस्तुत करें)

PAN No. (यदि प्राप्त हो तो)

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 संबंध
1	Sundera Reddy	35	m	Son
2	Pratap Reddy	30	m	Son

BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable)
आवेदन के लिए निम्न कारण

BPL Card (Attach Card Copy) पोषी कार्ड का प्रमाण पत्र (आवेदन पत्र की साथ प्रमाण प्रस्तुत करें)	EWS Certificate (Attach Certificate Copy) आयु वर्ग प्रमाण पत्र (आवेदन पत्र की साथ प्रमाण प्रस्तुत करें)	Ration Card (Attach Copy) उपभोग्य कार्ड (आवेदन पत्र की साथ प्रमाण प्रस्तुत करें)	Any Other Basis/Proof आयु वर्ग प्रमाण
---	--	---	---

"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE:

आवेदन हेतु निम्न कार्य निम्न का उद्देश्य:

Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached आवेदन/निर्देश के साथ की गई प्रमाणित प्रतीति प्रमाण
1	200 for Right Eye
2	Cataract for Right Eye

ASSISTANCE BEING AWARDED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES

यदि उद्देश्य के लिए कोई अन्य सहायता निम्न अन्य स्रोत से प्राप्त हो

Sr. No. क्रम संख्या	NAME of OTHER SOURCE आयु स्रोत का नाम	AMOUNT of ASSISTANCE BEING AWARDED की गई सहायता राशि
1	B.W.L.E.H	


 0198 0198
 krishnareddy krishnareddy
 post op post op

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.
- 4) मैं घोषणा करता हूँ कि इस प्रारण में दिये गये सभी विवरण मेरी जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई विवरण सत्य नहीं प्रमाण प्रदा करता है तो मेरी सहायता निरस्त की जा सकती है।
- 5) मैं घोषणा करता हूँ कि "कोशिका फाउंडेशन", से जो भी मदद मिले, उसका उपयोग केवल उद्देश्य की पूर्ति के लिये किया जाएगा, जो इस प्रारण में बताया गया है।
- 6) मैं घोषणा करता हूँ कि मैं इस सहायता से या उसके बिना किसी अन्य स्रोत/रोजगार/बीमा कंपनी से न तो रकम ले रहा हूँ और न ही भविष्य में ऐसा करूँगा।

AGREEMENT by APPLICANT (अर्शक द्वारा सहमति)

- 1) By affixing my signature or thumb impression on this Form, I (Applicant) hereby agree & authorise 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 fulfilment 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) इस प्रारण पर मेरी हस्ताक्षर या अंगूठा छाप लगाकर, मैं (अर्शक) अपनी स्वीकृति की घोषणा करता हूँ एवं "कोशिका फाउंडेशन और इसके भरोदारों" को अधिकृत करता हूँ कि वे मेरा नाम, पता, फोटो और मेरे विवरण इस प्रारण में प्रकाशित करें, उसे "कोशिका" द्वारा प्रकाशित, प्रसारित, प्रसारण के माध्यम से प्रसारित करने के लिए उपयोग करें और अन्य माध्यमों से मेरे विवरण को प्रसारित करने के लिए उपयोग करें। मेरे प्रारण का विवरण मेरे प्रारण के माध्यम से प्रसारित करने के लिए "कोशिका फाउंडेशन" में प्रसारित किया जाएगा।
- 4) मैं (अर्शक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण को बिना किसी भी शर्त के प्रसारित करने के अधिकार को कोशिका फाउंडेशन को प्रदान करने के लिए मैं सहमत हूँ। इस प्रारण के माध्यम से "कोशिका" द्वारा प्रसारित की गई जानकारी और प्रचारित होगी।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION:

अर्शक के हस्ताक्षर या अंगूठा छाप



AGREEMENT by HOSPITAL (हॉस्पिटल द्वारा सहमति)

- By affixing hereunder, signature of our Authorised 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 total & complete responsibility of the treatment & its outcome & safety of the patient, and Koshika Foundation will have no role or responsibility in the matter.
- हमारे अधिकृत, स्वीकृति की ओर से प्रस्तावित करने वाले "कोशिका फाउंडेशन" से वित्तीय सहायता से प्रभावित नहीं होगी, बल्कि हम (हॉस्पिटल) निम्न प्रारण में घोषणा करते हैं।
- 1) यह कि हम न तो वर्तमान में न ही भविष्य में वित्तीय सहायता किसी भी रोगी के मामले में प्राप्त करने के लिए किसी अन्य स्रोत से मदद ले रहे हैं, बल्कि हम "कोशिका फाउंडेशन" से वित्तीय सहायता प्राप्त करने के लिए "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा प्रस्तावित की गई सहायता से मदद ले रहे हैं। यदि "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा प्रस्तावित सहायता नहीं दी जाती है तो हम अपने रोगी को किसी अन्य स्रोत से मदद लेने के लिए अधिकृत करते हैं। इस घोषणा के माध्यम से हम स्वीकार करते हैं कि हमारे रोगी को वित्तीय सहायता से प्रभावित करने के लिए हमारे पास कोई भी अन्य स्रोत नहीं है।
 2. "कोशिका फाउंडेशन" से जो भी सहायता प्रदान की जाती है, उसे हम (हॉस्पिटल) इस बात से सहमत हैं कि हमारे रोगी को वित्तीय सहायता से प्रभावित करने के लिए हमारे पास कोई भी अन्य स्रोत नहीं है। हमारे रोगी को वित्तीय सहायता से प्रभावित करने के लिए हमारे पास कोई भी अन्य स्रोत नहीं है। हमारे रोगी को वित्तीय सहायता से प्रभावित करने के लिए हमारे पास कोई भी अन्य स्रोत नहीं है।

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE

स्वीकृति के लिए प्रस्तावित

G. G. Garg
Administrator
B.W. Lites Superspecialty Eye Hospital
No. 5, Lites Eye Hospital Road
(Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory on behalf of Hospital)
हम न तो इस सहायता से प्रभावित नहीं हैं।

Dr. SHEETAL BALLAL
Consultant
No. 56304
B.W. Lites Superspecialty Eye Hospital
(Name of Dr. & Regn. No. with Stamp)
हमारे डॉक्टर का नाम और पता प्रदान करें।

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION

अंतर्गत उपयोग के लिए

SIGNATURE of TRUSTEE 1

भारती दास 1

Signature of Trustee 1

SIGNATURE of TRUSTEE 2

भारती दास 2

Signature of Trustee 2