

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE

सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)

(स्वास्थ्य देखभाल)

Koshika
Foundation

Building Trust, At Life

0199 0199
Ramaiah Ramaiah
pre op post op

APPLICATION No. :

आवेदन संख्या :

B/0717/0199

APPLICATION DATE :

आवेदन तिथि

10/07/2017

NAME of APPLICANT :

आवेदक का नाम

Ramaiah

AGE-YEARS

वर्ष-वर्ष

SEX

लिंग

65

m

FATHER'S/SPOUSE'S NAME :

पिता/पत्नी का नाम

Muriiah

PRESENT RESIDENCE ADDRESS

वर्तमान निवास पता

Srinagar, Begala Peter market

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS

स्थायी निवास पता

Peter, Chittoor Dist. Andhra Pradesh

OCCUPATION :

व्यवसाय

Farmer

TOTAL ANNUAL INCOME :

कुल वार्षिक आय

52,000/-

(Attach Proof of Income)

(आय का प्रमाण संलग्न करें)

PAN No. यदि कोई हो

ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable)
क्या आप आय का दाता हैं (को मान्य हो उस पर 'X' चिह्न का प्रयोग करें)

Yes / No

हां / नहीं

FAMILY DETAILS

परिवार विवरण

Sr. No. क्रम संख्या	Name of Family Member परिवार के सदस्यों का नाम	Age (Years) वय (वर्ष)	Gender लिंग	Relation with Applicant आवेदक से क्या संबंध
1	Sudhakar	35	m	son
	Two Daughters			

BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable)

सहायता के लिए विधि आधार

BPL Card (Attach Card Copy) गरीबी रेश का प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की प्रतिलिपि संलग्न करें)	EWS Certificate (Attach Certificate Copy) आय आय का प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की प्रतिलिपि संलग्न करें)	Ration Card (Attach Copy) उपभोग्य कार्ड (प्रमाण पत्र की प्रतिलिपि संलग्न करें)	Any Other Basis/Proof आय कोई प्रमाण
--	--	---	---

"PURPOSE" IN REQUESTING ASSISTANCE:

सहायता हेतु विवेक पर विचार का उद्देश्य:

Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached अनुसंधान/पत्रिकाओं से चर्चा की गई उपचार सुची संलग्न
	20V 100 Left Eye
	Cataract 100 Right Eye

ASSISTANCE BEING AWARDED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES

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

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

DECLARATION by APPLICANT (अर्शक द्वारा घोषणा):

- 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/termination.
- 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/employee/insurance company, of the amount for which this assistance is requested.
- 1) मैं यहाँ घोषणा करता हूँ कि इस प्रस्ताव में दिये गये सभी विवरण सही जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई झूठा कथन एवं झूठा प्रमाण प्राप्त होता है तो मेरी प्रार्थना निरास हो जा सकती है।
- 2) मैं यहाँ घोषणा करता हूँ कि "कोशिका फाउंडेशन", से जो राशि मिलेगी, उसका उपयोग केवल उद्देश्य की पूर्ति के लिये किया जायेगा, जो इस प्रस्ताव में दिया गया है।
- 3) मैं यहाँ घोषणा करता हूँ कि मैं इस प्रस्ताव हेतु राशि अन्यत्र नहीं ले रहा हूँ, इस राशि का अधिक या कम किसी किसी अन्य सोर्स/एम्प्लॉयी/इन्सुरेंस कंपनी से न ले लिया है और न ही भविष्य में लूँगा।

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 recalling 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 दस्तावेज पर अपनी हस्ताक्षर या अंगूठे का निशान लगाकर, मैं (अर्शक) अपनी स्वीकृति की पुष्टि करता हूँ एवं "कोशिका फाउंडेशन और इसके ट्रस्टी" को अधिकृत करता हूँ कि वे मेरा नाम, पता, फोटो और मेरे विवरण इस दस्तावेज में उल्लिखित हैं, इसे "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा प्रसारित, प्रकाशित, प्रसारण के माध्यम से प्रसारित करने के लिये उपयोग कर सकते हैं।
- 2) मैं (अर्शक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण को बिना प्रस्ताव के अंतर्गत से प्रसारित करने के लिये प्रयोग करने का अधिकार कोशिका फाउंडेशन और इसके ट्रस्टी के पास होगा। प्रस्ताव का अंतर्गत होना अर्शक के "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा प्रसारित करने के लिये अर्शक और ट्रस्टी के बीच होगा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION :
अर्शक की हस्ताक्षर या अंगूठे का निशान



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.
- हम यहाँ घोषणा करते हैं कि हम (हॉस्पिटल) निम्न प्रस्ताव से राशि न ले सकते हैं:
- 1) यह कि मैं या मेरी हॉस्पिटल और मैं ही भविष्य में बिना प्रस्ताव के बिना ही अन्य स्रोत से राशि ले सकते हैं जो कि हमने "कोशिका फाउंडेशन" से प्रार्थना की है। यदि "कोशिका फाउंडेशन" इस प्रस्ताव को अंतिम/पूर्ण रूप से मंजूर नहीं करता है तो हमें अपने स्रोत से राशि लेनी होगी।
- 2) "कोशिका फाउंडेशन" से जो राशि प्रस्ताव के अंतर्गत मिलेगी, उसका उपयोग केवल उद्देश्य की पूर्ति के लिये किया जायेगा, जो इस प्रस्ताव में दिया गया है।

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE
स्वीकृति के लिए घोषणा

Dr. Gaurav Mishra
Administrator
B.W. Laxmi Superspecialty Eye Hospital
No. 5, Laxmi Eye Hospital
(Name, Designation & Stamp of Authorized Signatory on behalf of Hospital)
हम यहाँ घोषणा कर रहे हैं कि हम

Dr. SHEETAL BALLAL
B.W. Laxmi Superspecialty Eye Hospital
(Name of Dr. & Regn. No. with Stamp)
हम यहाँ घोषणा कर रहे हैं कि हम

Date of Surgery
अपरेशन की तारीख
11/07/2017

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION
आंतरिक उपयोग के लिए

SIGNATURE of TRUSTEE 1
अर्शक 1

[Signature]

SIGNATURE of TRUSTEE 2
अर्शक 2

[Signature]