

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE

सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)
(स्वास्थ्य देखभाल)

Koshika
Foundation
Building Blocks of the Future



020/ Aluvimara post op
020/ Aluvimara post op

APPLICATION No.: B/0717/0201
APPLICATION DATE: 17/07/2017
NAME of APPLICANT: Aluvimara
AGE-YEARS: 60 SEX: F
FATHER/SPOUSE'S NAME: Nagaraju

PARENT RESIDENCE ADDRESS: Vaddapalli, Muddapalle, Palla Palle
PERMANENT RESIDENCE ADDRESS: Mandakur, Chittoor Dist, Pilsa, Hoshangabad

OCCUPATION: House wife
TOTAL ANNUAL INCOME: 45,000/-
PAN No. (आपका पास है):
ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable):

YES / NO
FAMILY DETAILS: Son / Daughter

Sr. No. क्रम संख्या	Name of Family Member परिवार के सदस्य का नाम	Age (Years) उम्र (वर्ष)	Gender लिंग	Relation with Applicant आवेदक से क्या संबंध
1	Prakash	210	M	Son
Five Daughters Married				

BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable) सहायता के लिए दियी आधार			
BPL Card (Attach Card Copy) पंजीकृत कार्ड का प्रमाण पत्र (अलग पत्र भी साथ में जमा करें)	BWS Certificate (Attach Certificate Copy) आय और धन का प्रमाण पत्र (अलग पत्र भी साथ में जमा करें)	Ration Card (Attach Copy) आपूर्तिकृत कार्ड (अलग पत्र भी साथ में जमा करें)	Any Other Basis/Proof अन्य कोई प्रमाण

"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE:
सहायता हेतु किसे एवं किससे का उद्देश्य:
Medical Reports/Prescriptions Attached
अनुसंधान/प्रातिष्ठान से जारी की गई प्रतिवेदन मुझे जमा करें

Dev for Right Eye
Cataract for Right Eye

ASSISTANCE BEING AWAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES
एक उद्देश्य के हेतु कोई अन्य सहायता किसी अन्य स्रोत से मिल चुका है?

NAME of OTHER SOURCE
अन्य स्रोत का नाम: B.W.L.E.H.

AMOUNT of ASSISTANCE BEING AWAILED
एक वर्ष का अनुमान: ₹ 0

DECLARATION by APPLICANT: मदीसुन सुमोदनायक

- DECLARATION by APPLICANT: **अर्थक: इस घोषणा पर:**
 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 Kaushika 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 प्रश्न में दिये गये सभी विवरण सही जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई विवरण सत्य वाचक प्रमाण प्राप्त हो तो भी सही घोषणा मिलेगी।
 2) मैं यहाँ घोषणा करता हूँ कि मैंने प्राप्त की गई सहायता, जो कि इस प्रश्न में माँगी गई है, केवल उद्देश्य के लिए ही उपयोग की जाएगी।
 3) मैं यहाँ घोषणा करता हूँ कि मैंने प्राप्त की गई सहायता, जो कि इस प्रश्न में माँगी गई है, केवल उद्देश्य के लिए ही उपयोग की जाएगी।
- AGREEMENT by APPLICANT (अर्थक: इस घोषणा पर)

AGREEMENT by APPLICANT (SEEKING EMPLOYMENT)

- 1) By affixing my signature or thumb impression on this Form, I (Applicant) hereby agree & authorize Koshika Foundation and it's Trustees to use/publish/post-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 it's 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.
- 3) मैं (अर्पणकर्ता) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण को बिना किसी भी प्रकार की शर्त के प्रकाशित करने में केशिका फाउंडेशन और इसके भरोदारों * को अधिकृत किया है। मैं (अर्पणकर्ता) आगे यह स्वीकार करता हूँ कि केशिका फाउंडेशन और इसके भरोदारों को मेरे नाम, पता, फोटो और विवरण का उपयोग करके मेरी समस्या को दूर करने या मेरी समस्या को दूर करने के लिए "केशिका फाउंडेशन" को धन की सहायता देने में कोई भी निर्धारित नहीं है।
- 4) मैं (अर्पणकर्ता) आगे यह स्वीकार करता हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण को बिना किसी भी शर्त के प्रकाशित करने में केशिका फाउंडेशन और इसके भरोदारों को अधिकृत किया है। मैं (अर्पणकर्ता) आगे यह स्वीकार करता हूँ कि केशिका फाउंडेशन और इसके भरोदारों को मेरे नाम, पता, फोटो और विवरण का उपयोग करके मेरी समस्या को दूर करने या मेरी समस्या को दूर करने के लिए "केशिका फाउंडेशन" को धन की सहायता देने में कोई भी निर्धारित नहीं है।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION:
 (print & write in this space)

AGREEMENT by HOSPITAL (CHURCH DO NOT)

- AGREEMENT by HOSPITAL (Patient ID: 400)
- 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 sole & 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, इसकादी को और से सम्बन्धित को "कोशिका फाउण्डेशन" से वित्तीय सहायता हेतु सिफारिश को करते हैं, जिसे हम (हस्पताल) निम्न प्रस्ताव से मान्यता प्रदान करते हैं।
- 1) यह कि हम को कोशिका और या ही वित्तिक से वित्तीय सहायता किसी कि सम्बन्धी संपन्नता या किसी अन्य स्रोत से इस रोगी/माली से नहीं ले रहे हैं, जो कि हमने "कोशिका फाउण्डेशन" से सिफारिश/विनियमन प्राप्त से सम्बन्धित "कोशिका फाउण्डेशन" द्वारा प्राप्त हेतु कि है। यदि "कोशिका फाउण्डेशन" द्वारा सहायता विनियमन अधिकृत/सहायता हेतु प्रस्तुत नहीं किया जाता है तो हमारा निम्नो मान कि सम्बन्धी संपन्नता या किसी अन्य स्रोत/सम्पन्नता से सम्बन्धित लेने या अधिकृत/सहायता प्रदान है। हम पूर्ण से मान्यता प्रदान करते हैं कि हमारा वित्तीय सहायता प्राप्त रोगी/माली हेतु किसी कि सम्बन्धी संपन्नता या किसी अन्य स्रोत से नहीं ले रहे हैं।
2. "कोशिका फाउण्डेशन" से को भी सहायता संपन्न वित्तिक प्रस्तुति को है। रोगी या हमारा द्वारा ही यह सहायता या निम्न से सम्बन्धित/सहायता का प्रदान रोगी एवं हमारा से प्राप्त या किया है और "कोशिका फाउण्डेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई रक्षण नहीं है। इसीसे हमारा से रोगी से प्राप्त प्रदान और अपने जाने को सही सिफारिश रोगी एवं हमारा को सही और "कोशिका" को कोई भुविता या सिफारिश द्वारा प्रदान से नहीं लेते।

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE

[illegible]

Dr. Gaganjit Kishora
Administrator
B.W. Lions Superspecialty Eye Hospital
No. 5, Lions Eye Hospital Building
Chennai, Designation & Stamp of Authorized Signatory
On: J.C. Ramesh (in behalf of Hospital) 90 002
www.bwlehs.com

Date of Surgery
18/07/2017

DR. CHEETAL B. [Signature]
Consultant
KFC No. 56304
B.W. Liotar Eye Hospital
No. 3, [Signature] Eye Hospital Road
[Signature] Bangalore - 560 002
(Name of Dr. & Regn. No. with Stamp)

FOR INTERNAL USE OF KOSHIKA FOUNDATION

ਅੰਤਰਰਾਸ਼ਟਰੀ ਸਮਾਜਿਕ ਸੇਵਾ

SIGNATURE OF TRUSTEE

अथवा कृष्णमणि ।

Signature

SIGNATURE OF TRUSTEE 2

पृष्ठ संख्या ३

100