

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE

सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)
(स्वास्थ्य देखभाल)

Koshika
Foundation
Building Block of Life



0204 0204
munraj munraj
poc op poc op

APPLICATION NO.:
आवेदन संख्या :

B/0717/0204

APPLICATION DATE:
आवेदन तिथि

NAME of APPLICANT:
आवेदक का नाम

Munraj

AGE/YEARS: मनु-वर्ष

65

SEX: लिंग

M

FATHER'S/SPOUSE'S NAME:
पिता/पत्नी का नाम

Krishnaiah

PARENTS RESIDENCE ADDRESS: माता-पिता का पता

Edamandla falli - Chinnaghatta
pita, Chittoor Dist, Andhra Pradesh

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS: स्थायी निवास पता

OCCUPATION:
व्यवसाय

Farmer

TOTAL ANNUAL INCOME:
कुल वार्षिक आय

40,000/-

(Attach Proof of Income)
(आय का प्रमाण प्रस्तुत करें)

ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable)
क्या आप आय कर दाता हैं (जो लागू हो उसे चिह्नित करें)

Yes / No
हां / नहीं

FAMILY DETAILS: परिवार विवरण

Sl. No. क्र. सं.	Name of Family Member परिवार के सदस्य का नाम	Age (Years) वय (वर्ष)	Gender लिंग	Relation with Applicant आवेदक से संबंध
1	Shiva Chann	30	M	Son
2	Shiva Chetan	23	M	Son

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

BPL Card
(Attach Card Copy)
राशन कार्ड का प्रमाण प्रस्तुत करें
(प्रमाण प्रस्तुत करने पर ही लागू होगा)

EMS Certificate
(Attach Certificate Copy)
आय कर दाता प्रमाण प्रस्तुत करें
(प्रमाण प्रस्तुत करने पर ही लागू होगा)

Ration Card
(Attach Copy)
उपभोग्य कार्ड
(प्रमाण प्रस्तुत करने पर ही लागू होगा)

Any Other
Basis/Proof
आय का कोई प्रमाण

"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE:
सहायता हेतु निम्न में से किसी का उद्देश्य:

Medical Reports/Prescriptions Attached
आयुर्वेदिक/चिकित्सा प्रमाण प्रस्तुत करें

DOV for Right Eye

Cataract for Right Eye

ASSISTANCE BEING AWARDED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES
इस उद्देश्य के लिए कोई अन्य सहायता मिली है या नहीं

NAME of OTHER SOURCE
अन्य सहायता का स्रोत

AMOUNT of ASSISTANCE BEING AWARDED
कितनी राशि सहायता मिली है

B.W.L.G.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/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) **आवेदनकर्ता यह है कि इस प्रस्ताव में दिये गये सभी विवरण सही जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। और कोई विवरण सत्य नहीं होगा यदि वह किसी अन्य स्रोत से प्राप्त किया जा रहा है।**
- 5) **मैं यहाँ घोषणा करता हूँ कि मैंने "कोशिका फाउंडेशन", से सहायता नहीं ली है, न तो वर्तमान में और न ही भविष्य में।**
- 6) **मैं यहाँ घोषणा करता हूँ कि मैंने प्राप्त की गई सहायता को केवल "उद्देश्य" के लिए ही उपयोग करने का इरादा है और मैं इसे किसी भी अन्य स्रोत/एम्प्लॉयर/इंश्योरेंस कंपनी से नही 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 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 इस प्रस्ताव पर अपनी हस्ताक्षर या मुद्रा छाप देकर, मैं (अर्शक) अपने नाम, पता, फोटो और "उद्देश्य" के बारे में जानकारी को "कोशिका फाउंडेशन" को उपयोग करने के लिए सौंप देता हूँ।**
- 4) **मैं (अर्शक) और भी यह स्वीकार करता हूँ कि "कोशिका फाउंडेशन" और इसके "ट्रस्टी" को मेरे नाम, पता, फोटो और विवरण का उपयोग करने के लिए अधिकार है।**
- 5) **मैं (अर्शक) और भी स्वीकार करता हूँ कि "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा मेरे नाम, पता, फोटो और विवरण का उपयोग करने के लिए कोई भी निर्णय मेरी सहायता के लिए अंतिम और स्वीकार्य होगा।**

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION:
अर्शक की हस्ताक्षर या बाएँ हाथ की छाप

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.
 - 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.
 - 3) **हम यहाँ घोषणा करते हैं कि हम (हॉस्पिटल) इस प्रस्ताव को स्वीकार करने के लिए सहमत हैं।**
 - 4) **हम (हॉस्पिटल) और भी स्वीकार करते हैं कि "कोशिका फाउंडेशन" से प्राप्त की गई सहायता केवल वित्तीय सहायता है।**
 - 5) **हम (हॉस्पिटल) और भी स्वीकार करते हैं कि "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा प्रस्तावित की गई सहायता केवल वित्तीय सहायता है।**
 - 6) **हम (हॉस्पिटल) और भी स्वीकार करते हैं कि "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा प्रस्तावित की गई सहायता केवल वित्तीय सहायता है।**
 - 7) **हम (हॉस्पिटल) और भी स्वीकार करते हैं कि "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा प्रस्तावित की गई सहायता केवल वित्तीय सहायता है।**

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE
स्वीकृत करने के लिए सिफारिश

Dr. Gayatri Krishna

B.K. Usha Sankar Eye Hospital

Hq. 5, Lions Eye Hospital Road

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

हॉस्पिटल के प्राधिकृत अधिकारी

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION

अंदरूनी उपयोग के लिए

SIGNATURE of TRUSTEE 1

ट्रस्टी संख्या 1

[Signature]

SIGNATURE of TRUSTEE 2

ट्रस्टी संख्या 2

[Signature]