

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE

सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)

(स्वास्थ्य देखभाल)

Koshika
foundation

Building Block of life.

APPLICATION No.:

आवेदन संख्या:

B/0817/0233

APPLICATION DATE

आवेदन तिथि

08/08/2017

NAME of APPLICANT:

आवेदक का नाम

Redda Venkata Ram
Venakabunmy

AGE-YEARS आयु-वर्ष

SEX लिंग

FATHER'S/SPOUSE'S NAME:

पिता/कटुप का नाम

PRESENT RESIDENCE ADDRESS वर्तमान आवासीय पता

Nallakambi Reddygaripalli, Gennaretti

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS: स्थायी आवासीय पता

Mundabon, piler, Chittoor Dist, Andhra Pradesh

OCCUPATION:

व्यवसाय

TOTAL ANNUAL INCOME:

कुल वार्षिक आय

Unemployed
40000/-

MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)

(Attach Proof of Income)
(आय का साक्ष्य संलग्न)

PAN No. स्थायी खाता संख्या

ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable):
क्या आप आय कर दाता हैं (जो मान्य हो उस पर सही का चिह्न लगायें)

Yes / No
हां / नहीं

Sr. No.
क्रम संख्या

Name of Family Member
परिवार के सदस्यों का नाम

FAMILY DETAILS परिवार विवरण

Age (Years)
उम्र (वर्ष)

Gender
लिंग

Relation with Applicant
आवेदक के साथ सम्बंध

Rajashchandra

38

M

Son

Shivaiah

32

M

Son

Three

Daughters married

BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable)
सहायता के लिये विनंति आधार

BPL Card
(Attach Card Copy)

यदि कोई रेखा के नीचे प्रमाण पत्र
(प्रमाण पत्र को छाया प्रति संलग्न करें)

EWS Certificate
(Attach Certificate Copy)

अल्प आय वर्ग प्रमाण पत्र
(प्रमाण पत्र को छाया प्रति संलग्न करें)

Ration Card
(Attach Copy)

उपभोक्ता कार्ड
(प्रमाण पत्र को छाया प्रति संलग्न करें)

Any Other
Basis/Proof
अन्य कोई साक्ष्य

"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE:
सहायता हेतु किये गये विनंति का उद्देश्य:

Medical Reports/Prescriptions Attached
अस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई प्रतिवेदन सूची संलग्न

DOV for Right Eye

RE - STICS + IOL

ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES
इस उद्देश्य के हेतु कोई अन्य सहायता किसी अन्य स्रोत से लिया गया है?

Sr. No.
क्रम संख्या

NAME of OTHER SOURCE
अन्य स्रोत का नाम

AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILED
ली गई सहायता राशि

B.I.O.L.E.H.

DECLARATION by APPLICANT: आवेदक द्वारा घोषणा पत्र:

- 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 घोषणा करता हूँ कि इस प्रारूप में दिये गये सभी विवरण मेरे जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई विवरण एवं कथन असत्य पाया जाता है तो मेरी सहायता निरस्त की जा सकती है।
- 2) मैं इस प्रकार घोषणा करता हूँ कि "कोशिका फाउन्डेशन", से जो सहायता मिलेगी, उसे केवल इस प्रारूप में उल्लेखित उद्देश्य के लिए ही प्रयोग किया जाएगा, जो इस प्रारूप में उल्लेखित है।
- 3) मैं घोषणा करता हूँ कि मैं किसी सहायता हेतु यह प्रारूप नहीं भेजूंगा, जो कि किसी अन्य स्रोत/नियोक्ता/बीमा कंपनी से न हो सके और न ही भविष्य में होगा।

AGREEMENT by APPLICANT (आवेदक द्वारा करार)

- 1) By affixing my signature or thumb impression on this Form, I (Applicant) hereby agree & authorise Koshika Foundation and its Trustees to use/publish/put-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 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 प्रारूप पर अपने हस्ताक्षर या अंगूठे की छाप लगाकर, मैं (आवेदक) अपनी सहमति को पुष्टि करता हूँ एवं "कोशिका फाउन्डेशन और इसके भरोदारों" को अधिकृत करता हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और जो विवरण इस प्रारूप में घोषित है, उसे "कोशिका" ट्रस्ट, या किसी अन्य व्यक्ति, या किसी अन्य स्रोत से जुड़ी गतिविधियों और उपलब्धियों के लिए किसी भी प्रकार माध्यम से प्रसारित करने के लिए अधिकृत है। मेरे प्रारूप का विवरण मेरे हस्ताक्षर के बिना या मेरे नाम के बिना "कोशिका फाउन्डेशन" में नहीं अधिकृत है।
- 2) मैं (आवेदक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण जो कि सहायता के उद्देश्यों से अधिकृत है मुझे स्वतंत्रता सहायता का हकदार नहीं करता। इस सम्बंध में "कोशिका" ट्रस्ट उसमें अधिकृत का निर्णय अंतिम और बाध्यकारी होगा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION:

आवेदक की हस्ताक्षर या अंगूठे का निशान



AGREEMENT by HOSPITAL (हस्पताल द्वारा करार)

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, हस्ताक्षर की और से हमारे/हमारी को "कोशिका फाउन्डेशन" से वित्तीय सहायता हेतु सिफारिश की जाती है, जिससे हम (हस्पताल) निम्न प्रकार से मान्य व स्वीकार करते हैं।
- 1) यह कि न तो वर्तमान और न ही भविष्य में वित्तीय सहायता किसी और सहायता संगठन या किसी अन्य स्रोत से उठा ली जाएगी या लेने का ले रहे हैं, जबकि हमने "कोशिका फाउन्डेशन" से सिफारिश/पेश की उम्मीद की है। यदि "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा सहायता विनियमित/अस्वीकार/नकारा जाता है तो हमें स्वतंत्रता किसी अन्य स्रोत या किसी अन्य संगठन से सहायता लेने का अधिकार सुरक्षित रहता है। इस घोषणा में हम यह स्वीकार करते हैं कि अस्पताल वित्तीय परराज्य को सहायता हेतु किसी और सहायता संगठन या किसी अन्य संगठन से नहीं लेगा/लेगी।
2. "कोशिका फाउन्डेशन" से ही यह सहायता केवल वित्तीय प्रकृति की है। ऐसी पर हस्पताल द्वारा ही यह सहायता का निर्णय लेना होगा और अपने नाम को सही लिखने/पढ़ने की स्वीकृति देना होगा और "कोशिका" को कोई भुवि का या जिम्मेदारी इस मामले में नहीं होगी।

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE
स्वीकृति के लिए संस्तुति

Date of Surgery ऑपरेशन की तारीख	Dr. SHEETAL BATTAL Consultant KNO No. 56304 B.W. Lions Super Speciality Eye Hospital (Name of Dr. & Regn. No. with Stamp) डॉक्टर का नाम व हस्ताक्षर व मुहर	Dr. Gayatri Krishna Administrator B.W. Lions Super Speciality Eye Hospital (Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory) On Behalf of Hospital OFF: J.C. [Signature] आचार्यक उपस्थिति हेतु
FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION		
SIGNATURE of TRUSTEE 1 न्यासी हस्ताक्षर 1 [Signature]	SIGNATURE of TRUSTEE 2 न्यासी हस्ताक्षर 2 [Signature]	