

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE

सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)

(स्वास्थ्य देखभाल)

Koshika
foundation

Building block of life

APPLICATION No.:

आवेदन संख्या:

B/0817/0246

APPLICATION DATE:

आवेदन तिथि

08/03/2014

NAME of APPLICANT:

आवेदक का नाम

D. Indhiramma

AGE-YEARS उम्र-वर्ष

56

SEX लिंग

F

FATHER'S/SPOUSE'S NAME:

पिता/कन्या का नाम

Venkataramana

PRESENT RESIDENCE ADDRESS

वर्तमान आवासीय पता

Meesamreddygari, K.V. pull mandh

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS

स्थायी आवासीय पता

Piler, Chittoor Dist. Andhra Pradesh.

OCCUPATION:

व्यवसाय

House wife / Labour-

husband

TOTAL ANNUAL INCOME:

कुल वार्षिक आय

30,000/-

MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)

(Attach Proof of Income)

(आप का सक्षम 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 निशान लगाएं)

Yes / No

हां / नहीं

Sr. No.

क्रम संख्या

Name of Family Member

परिवार के सदस्यों का नाम

Age (Years)

उम्र (वर्ष)

Gender

लिंग

Relation with Applicant

आवेदक के साथ सम्बन्ध

One Daughter married

BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable)

सहायता के लिये विनति आधार

BPL Card

(Attach Card Copy)

गरीबी रेशा के नीचे प्रमाण पत्र

(प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें)

EWS Certificate

(Attach Certificate Copy)

आय आय वर्ग प्रमाण पत्र

(प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें)

Ration Card

(Attach Copy)

उपभोक्त कार्ड

(प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें)

Any Other

Basis/Proof

अन्य कोई साक्ष्य

"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE:

सहायता हेतु किये गये विनती का उद्देश्य:

Medical Reports/Prescriptions Attached

अस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई प्रतिवेदन सूची संलग्न

DOV for Left Eye

LE STICS + IOL

ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES

इस उद्देश्य के हेतु कोई अन्य सहायता किसी अन्य स्रोत से लिये गया हो?

NAME of OTHER SOURCE

अन्य स्रोत का नाम

AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILED

ली गई सहायता राशि

B.W.L.E.H.

DECLARATION by APPLICANT: आवेदक द्वारा 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 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 मेरी जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई विवरण एवं कथन असत्य पाया जाता है तो मेरी सहायता निरास की जा सकती है।
- 2) मैं घोषणा करता हूँ कि "कोशिका फाउंडेशन", से जो भी सहायता मिलेगी, उसे केवल इसी उद्देश्य के पूर्ति के लिये किया जाएगा, जो इस प्रारूप में भरा गया है।
- 3) मैं घोषणा करता हूँ कि इस सहायता से, मैं भविष्य में किसी भी अन्य स्रोत/रोजगार/बीमा कम्पनी से न तो सहायता लेऊंगा और न ही बीमा में लौटूंगा।

AGREEMENT by APPLICANT (आवेदक द्वारा करण)

- 1) By affixing my signature or thumb impression on this Form, I (Applicant) hereby agree & authorise Koshika Foundation and it's 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 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 is this regard will be final and acceptable to me.
- 1) इस प्रारूप पर अपने हस्ताक्षर या अंगूठे की छाप लगाकर, मैं (आवेदक) अपनी स्वीकृति और अनुमति देता हूँ कि "कोशिका फाउंडेशन" और इसके भरोदारों को मेरा नाम, पता, फोटो और जो विवरण इस प्रारूप में घोषित है, उसे "कोशिका" एडम्बल, पत्र, साक्षात्कार द्वारा उद्देश्य से प्रचारित करने के लिए किसी भी माध्यम से प्रसारित करने के लिए अधिकृत है। मेरे प्रारूप का विवरण मेरे उद्देश्य के पूर्ति के लिए या बाद में करने के लिए "कोशिका फाउंडेशन" से जारी अधिकृत है।
- 2) मैं (आवेदक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण जो कि सहायता के उद्देश्य से प्रसारित है, मुझे स्वतः सहायता का हकदार नहीं बनाता। इस सम्बंध में "कोशिका" एडम्बल इसके भरोदारों 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 करण)

- 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 it's right to make up the shortfall from any other 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 & it's outcome & safety of the patient, and Koshika Foundation will have no role or responsibility in the matter.
- हमारे अधिकृत, हस्ताक्षर की ओर से सम्बन्धित को "कोशिका फाउंडेशन" से वित्तीय सहायता हेतु सिफारिश की जाती है, जिसे हम (हस्पताल) निम्न प्रकार से मान्यता स्वीकार करते हैं।
- 1) मैं घोषणा करता हूँ कि मैं न तो वर्तमान और न ही भविष्य में वित्तीय सहायता किसी भी अन्य स्रोत से लेने का ले रहा हूँ। जैसे कि हमने "कोशिका फाउंडेशन" से सिफारिश/सिफारिश प्राप्त की है, उसी प्रकार हम "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा प्रदान की गई सहायता को पूरा करने के लिए अन्य स्रोत से सहायता लेने का अधिकार सुरक्षित रखते हैं। इस प्रारूप में प्रस्तुत किया जाता है कि अस्पताल द्वारा प्रदान की गई सहायता केवल वित्तीय प्रकृति की है। रोगी का हस्पताल द्वारा दी गई सहायता का निर्णय रोगी एवं हस्पताल के बीच का विषय है और "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई दबाव नहीं है। इसलिये हस्पताल में रोगी के इलाज सुरक्षित और अपने खर्चे की पूरी जिम्मेदारी रोगी एवं हस्पताल को होगी और "कोशिका" को कोई प्रतिकार या जिम्मेदारी इस मामले में नहीं होगी।

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE
स्वीकृति के लिए संस्तुति

Date of Surgery अपरेशन की तारीख 09/08/2017	Dr. SHEETAL BALLAL Consultant K.M.T. No. 56384 B.W. Lions Superspecialty Eye Hospital (Name of Dr. & Regn. No. with Stamp) (Dr. J. राउटर का नाम व हस्ताक्षर व रजि. नं.)	Dr. Gayatri Krishna Administrator B.W. Lions Superspecialty Eye Hospital National Designation & Stamp of Authorised Signatory Off: J.C. Road, Rajahmundry-160002 महानगर राजहमण्डल		
FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION <table border="1"> <tr> <td data-bbox="210 1926 925 2154"> SIGNATURE of TRUSTEE 1 भारती हस्ताक्षर 1 <i>[Signature]</i> </td> <td data-bbox="925 1926 1583 2154"> SIGNATURE of TRUSTEE 2 भारती हस्ताक्षर 2 <i>[Signature]</i> </td> </tr> </table>			SIGNATURE of TRUSTEE 1 भारती हस्ताक्षर 1 <i>[Signature]</i>	SIGNATURE of TRUSTEE 2 भारती हस्ताक्षर 2 <i>[Signature]</i>
SIGNATURE of TRUSTEE 1 भारती हस्ताक्षर 1 <i>[Signature]</i>	SIGNATURE of TRUSTEE 2 भारती हस्ताक्षर 2 <i>[Signature]</i>			