

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE

सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)

(स्वास्थ्य देखभाल)

Koshika
foundation
Building block of life.



2047 2047
Jaibundi Jaibundi
Pre-op Post-op

APPLICATION No.:

आवेदन संख्या:

B/0817/0847

APPLICATION DATE:

आवेदन तिथि

08/08/2017

NAME of APPLICANT:

आवेदक का नाम

Taibundi

AGE-YEARS आयु-वर्ष

SEX लिंग

57

MF

FATHER'S/SPOUSE'S NAME:

पिता/पत्नी का नाम

S. Mastan

PRESENT RESIDENCE ADDRESS वर्तमान आवासीय पता

Pibachavadi Street, Chinnagattigala

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS स्थाई आवासीय पता

Mandalam, Piler. Chittoor Dist. Andhra Pradesh

OCCUPATION:

व्यवसाय

Tailor (Husband)

TOTAL ANNUAL INCOME:

कुल वार्षिक आय

48,000/-

MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)

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

PAN No. सहाई खाता संख्या

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

Yes / No

हां / नहीं

FAMILY DETAILS परिवार विवरण

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

1 Mubarak

40

M

Son

2 Mohammed Rafi

35

M

Son

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

BPL Card
(Attach Card Copy)

सहायता हेतु देखा के नीचे प्रमाण पत्र
(प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें)

EWS Certificate
(Attach Certificate Copy)

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

Ration Card
(Attach Copy)

उपभोक्ता कार्ड
(प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें)

Any Other
Basis/Proof

अन्य कोई साक्ष्य

"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE:

सहायता हेतु किये गये निम्नलिखित उद्देश्य:

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

DOV for Right Eye

RE SICS 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
सी गई सहायता राशी

B.W.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.

AGREEMENT by APPLICANT (आवेदक द्वारा कराया)

- 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 is this regard will be final and acceptable to me.

- 1) इस दस्तावेज पर अपने हस्ताक्षर या अंगुष्ठ की छाप लगाकर, मैं (आवेदक) अपनी सहमति को पुष्टि करता हूँ एवं "कोशिका फाउंडेशन" को अधिकृत करता हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और जो विवरण इस दस्तावेज में घोषित है, उसे "कोशिका" एवम् ज्योती, एन. चामराज द्वारा उद्देश्य से जुड़ी गतिविधियों और उपलब्धियों को सिद्ध करने के लिए प्रसार माध्यम से प्रसारित करने के लिए अधिकृत है। मेरे दस्तावेज का विवरण मेरे हस्ताक्षर के पक्षों या बाएं या दाएं 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 प्रेषित है उसे केवल सहायता का हकदार नहीं बनाता। इस सम्बंध में "कोशिका" एवम् उसके ज्योती, एन. चामराज अंतिम और बाध्यकारी होंगे।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION :
आवेदक के हस्ताक्षर या अंगुष्ठ का निशान

AGREEMENT by HOSPITAL (हस्पताल द्वारा कराया)

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. 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.

- 1) यह कि मैं या मेरा प्रतिनिधि और मैं ही प्रतिनिधि मैं विविध सहायता किसी भी प्रकार की सहायता या किसी अन्य स्रोत से लेने या ले रहे हैं, जैसे कि हमने "कोशिका फाउंडेशन" से निषेधित/निरासित उक्त के सम्बंध में "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा प्रारंभ हेतु कि है। यदि "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा सहायता किसी भी प्रकार/प्रकार हेतु मांगू नही किया जाता है तो अस्पताल किसी अन्य स्रोत पर सहायता लेने का अधिकार सुरक्षित रखता है। इस दस्तावेज में स्पष्ट कहा जाता है कि अस्पताल द्वारा प्रारंभ करने वाले स्रोत/प्रकार हेतु किसी भी प्रकार की सहायता या किसी अन्य स्रोत से नहीं लेना/लेनी।
2. "कोशिका फाउंडेशन" से लेने वाली सहायता केवल विविध प्रकृति की है। स्रोत पर हस्ताक्षर द्वारा दी गई सहायता या किसी अन्य स्रोत/प्रकार का चुनाव स्रोत एवं हस्ताक्षर को बीच का विषय है और "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई दखल नहीं है। इसीलिए हस्ताक्षर में स्रोत के इतर स्रोत और अपने जाने की सारी जिम्मेदारी स्रोत एवं हस्ताक्षर को होगी और "कोशिका" को कोई भी प्रकार या जिम्मेदारी इस मामले में नहीं होगी।

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE
स्वीकृति के लिए संमति

Dr. Gayatri Krishna
Administrator
B.W. Lions Super Speciality Eye Hospital
(Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory on behalf of Hospital)
Off: J.C. Road, KMC, Shimoga
फोन नं: 0834-2550062

Date of Surgery
ऑपरेशन की तारीख

Dr. SHEETAL BALLAL
Consultant
KMC Shimoga
(Name of Dr. & Regn. No. with Stamp)
हस्ताक्षर डॉ. शीताल बल्लाल के साथ

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION

आन्तरिक उपयोग हेतु

SIGNATURE of TRUSTEE 1
ज्योती हस्ताक्षर 1

SIGNATURE of TRUSTEE 2
ज्योती हस्ताक्षर 2