

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE

सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)

(स्वास्थ्य देखभाल)

Koshika
foundation

Building block of life

APPLICATION No.:

आवेदन संख्या:

B/09/H/0265

APPLICATION DATE:

आवेदन तिथि

05/09/2017

NAME of APPLICANT:

आवेदक का नाम

Anandamma

AGE-YEARS आयु-वर्ष

50

SEX लिंग

F

FATHER'S/SPOUSE'S NAME:

पिता/कटुम्ब का नाम

Krishnakreddy

PRESENT RESIDENCE ADDRESS: वर्तमान आवासस्थान पता

Salem, Yerra/Kavayipalli, Gudum
mandalam, Piler, Chittoor Dist, Andhra
Pradesh.

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS: स्थायी आवासस्थान पता

OCCUPATION:

व्यवसाय

Labour

TOTAL ANNUAL INCOME:

कुल वार्षिक आय

40,000/-

MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)

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

PAN No. रखी/रखता 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 लगावे)

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 सम्बंध
	Sureshkumar Reddy	23	M	Son
	One Daughter		Married	

BPL Card (Attach Card Copy)

EWS Certificate (Attach Certificate Copy)

Ration Card (Attach Copy)

Any Other Basis/Proof

"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 - SICS + IOL

ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES

इस उद्देश्य के हेतु कोई अन्य सहायता किसी अन्य स्रोत से मिली क्या हो?

NAME of OTHER SOURCE

अन्य स्रोत का नाम

AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILED

लगी गई सहायता राशि

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.

- 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 निरस्त की जा सकती है।
- 2) मैं घोषणा करता हूँ कि "कोशिका फाउंडेशन", से ली जा रही है, उसका उपयोग इसी उद्देश्य की पूर्ति के लिये किया जाएगा, जो इस प्रारूप में पत्र किया है।
- 3) मैं पुष्टि करता हूँ कि इस सहायता हेतु वह प्रत्येक को नहीं है, उस पत्र का आशिक या सकल विस्तार किसी अन्य संगठन/नियोक्ता/बीमा कम्पनी से न हो लिया है और न ही भविष्य में लीगा।

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) अपने सहमति की पुष्टि करता हूँ एवं "कोशिका फाउंडेशन और इसके न्यासीयों" को अधिकृत करता हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और जो विवरण इस प्रारूप में घोषित है, उसे "कोशिका" एवम् न्यासी, पत्र, पत्राचार, दूरदर्शन से जारी गतिविधियों और उपलब्धियों के लिये किसी भी प्रकार माध्यम से प्रसारित करने के लिये अधिकृत है। मेरे प्रारूप का विवरण मेरी इच्छा के पालने या बाद में करने के लिये "कोशिका फाउंडेशन" व न्यासी अधिकृत है।
- 2) मैं (आवेदक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण जो कि सहायता के उद्देश्यों से प्रसारित है, स्वतः सहायता का हक्कदार नहीं बनाता। इस संबंध में "कोशिका" एवम् उसके न्यासीयों का निर्णय अंतिम और बाध्यकारी होगा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION:

आवेदक के हस्ताक्षर या अंगूठे का निशान

AGREEMENT by HOSPITAL (हस्पताल द्वारा करार)

By affixing hereunder, signature of the Hospital, I (Hospital) hereby affirm & accept following:

- 1) that we neither are presently nor will in future avail of financial assistance from another source, if the requested assistance is from Koshika Foundation, to the extent that such assistance is granted by Koshika Foundation. If the requested assistance is from another source, then the Hospital reserves its right to make up the shortfall from another source. This request to get from Koshika Foundation, in part or in full, then the Hospital reserves its right to make up the shortfall from another source. This request to get from Koshika Foundation, in part or in full, then the Hospital reserves its right to make up the shortfall from another source. This request to get from Koshika Foundation, in part or in full, then the Hospital reserves its right to make up the shortfall from another 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.

- 1) यह कि न तो वर्तमान और न ही भविष्य में विविध सहायता किसी भी सरकारी संस्थान या किसी अन्य स्रोत से प्राप्त होगी, यदि "कोशिका फाउंडेशन" से वित्तीय सहायता हेतु विचारित की जाती है, जिसे हम (हस्पताल) बिना प्रारूप से मान्य व स्वीकार करते हैं। यदि "कोशिका फाउंडेशन" से वित्तीय सहायता हेतु विचारित किसी भी सरकारी संस्थान या किसी अन्य स्रोत से प्राप्त होगी, तो हम (हस्पताल) अपने अधिकारों का उपयोग करके इस शॉर्टफॉल को पूरा करने के लिये स्वतंत्र रूप से सहायता लेने का अधिकार सुरक्षित रखते हैं। इस पुष्टि के साथ कहा जाता है कि हस्पताल द्वारा निर्धारित प्रक्रिया के अनुसार ही सहायता दी जाएगी।
2. "कोशिका फाउंडेशन" से ली गई सहायता केवल वित्तीय प्रकृति की है। रोगी पर हस्पताल द्वारा दी गई सलाह या किये गये उपचार/प्रक्रिया का चुनाव रोगी एवं हस्पताल के बीच का विषय है और "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई दबाव नहीं है। इसलिए हस्पताल में रोगी के इलाज सुझाव और अपने जाने की सारी जिम्मेदारी रोगी एवं हस्पताल की होगी और "कोशिका" को कोई भूमिका या जिम्मेदारी इस मामले में नहीं होगी।

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE Dr. Gayatri Krishna
स्वीकृति के लिए संस्तुति

Date of Surgery
ऑपरेशन की तारीख

06/09/2017

Dr. SHEETA BALLAL
Consultant
KMC Noida

(Name of Dr. & Regn. No. with Stamp)
डॉक्टर का नाम व इलाका व पंजीकरण

B.W. Lions Superspecialty Eye Hospital
No. 5, Lions Road, Noida

Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory
On: J.C. Road (behalf of Hospital) 002

नाम व पद हस्पताल अधिकृत अधिकारी

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION

आन्तरिक उपयोग हेतु

SIGNATURE of TRUSTEE 1
न्यासी हस्ताक्षर 1

[Signature]

SIGNATURE of TRUSTEE 2
न्यासी हस्ताक्षर 2

[Signature]