

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE

सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)

(स्वास्थ्य देखभाल)

Koshika
Foundation
Building block of life

APPLICATION No.:

आवेदन संख्या:

B/0276/0276

APPLICATION DATE:

आवेदन तिथि

02/07/2017

NAME of APPLICANT:

आवेदक का नाम

Subbarayudu

AGE-YEARS आयु-वर्ष

70

SEX लिंग

M

FATHER'S/SPOUSE'S NAME:

पिता/हठुस का नाम

Nagesh

PRESENT RESIDENCE ADDRESS: वर्तमान आवास पता

Yaguvamdhigapalli, K.V. palli mandham

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS: स्थायी आवास पता

Piles, Chittoor Dist, Andhra Pradesh

OCCUPATION:

व्यवसाय

Farmer

MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)

TOTAL ANNUAL INCOME:

कुल वार्षिक आय

55,000/-

(Attach Proof of Income)

(आय का साक्ष्य संलग्न)

PAN No. स्वयं 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 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 सम्बंध
1	Ramesh babu		M	Son
2	Dilip Kumar		M	Son
3	Rajendra		M	Son
	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) 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 विनति का उद्देश्य:

Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached अस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई प्रतिवेदन सूची संलग्न
	DOV for Left Eye
	LE - SIGS + 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 ले गई सहायता राशी
	B.W.L.E.N.	



0276 Subbarayudu pre op
0276 Subbarayudu post-op

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 **PAID UNDER THIS ASSISTANCE IN REQUESTED**
- 1) मैं यहाँका कथन हूँ कि इस प्रकरण में मैंने सब सच सच बताया और जानकारी को अनुसूचित सच सच कहा है। यदि कोई भ्रमण इस कथन असत्य सच जाता है तो मेरी मददका निमित्त को जा सकती है।
- 2) मैं यहाँ की सहायता यहाँ "कोशिका फाउंडेशन", से ली जा रही है, उसका उपयोग यहाँ उद्देश्य को पूर्ण को करने किया जाएगा, जो इस प्रकरण में भरा गया है।
- 3) मैं यहाँ बता रहा हूँ कि मैंने सहायता होने का प्रार्थन को नहीं है, उस लक्ष्य को अतिरिक्त या राबल हिस्सा किसी अन्य स्रोत/नियोक्ता/बीमा कम्पनी से न ले लिया है और न ही भविष्य में लूँगा।

AGREEMENT by APPLICANT (ଅନୁମତି ଦେଉଥିବା ବ୍ୟକ୍ତି)

- 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 fulfilment 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 प्रपत्र पर अपने हस्ताक्षर या अंगूठे की छाप लगाकर, मैं (आवेदक) अपनी सहमति की पुष्टि करता हूँ एवं "कोशिका फाउंडेशन और उसके 'न्यासीयों' " को अधिकृत करता हूँ कि वे मेरा नाम, पता, फोटो और जो विवरण इस प्रपत्र में प्रेषित है, उसे "कोशिका" द्वारा स्वामी, दाता, पाषाण/या दूसरे उद्देश्य से जुड़ी गतिविधियों और उपस्थितियों के लिये किसी भी प्रकार माध्यम से प्रकाशित करने के लिए अधिकृत है। मेरे प्रपत्र का विवरण मेरे हस्ताक्षर के पहले या बाद में करने के लिए "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 प्रेषित है मुझे स्वतः सहायता का हक्कदार नहीं बनाता। इस सम्बंध में "कोशिका" द्वारा उसके न्यासीयों का निर्णय अंतिम और बाध्यकारी होगा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION:

आवेदक के हस्ताक्षर या अंगुली का निशान



AGREEMENT by HOSPITAL (हॉस्पिटल 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 it's 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 & it's outcome & safety of the patient, and Koshika Foundation will have no role or responsibility in the matter.

हमारे अधिकार हमसहारी को और से सामान्य/रंगी को "कोशिका फायनेंसिंग" से विलिप्त बनाकर देते भिषाजिज को जाती है, जिसे हम (हमसहारी) निम्न प्रकार से मान्य व स्वीकार करते हैं।

- 1) यह कि न तो कठिना और न ही अधिकारों में किसी सहायता किसी भी सरकारी संस्थान या किसी अन्य व्यक्ति से उच्च होती/पायले में होने या तो हो है, जैसे कि हमने "कोशिका फाउन्डेशन" से मिलती/मिलती उच्च के सम्बन्ध में "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा मदद हेतु कि है। यदि "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा सहायता मिलती अधिक/सकल हेतु मन्तव्य नहीं किया जाता है तो सम्पत्ति किसी अन्य भी सरकारी संस्था या किसी अन्य संस्थान से सहायता लेने का अधिकार सुरक्षित रहता है। इस पृष्ठ में स्पष्ट कहा जाता है कि सम्पत्ति द्वितीय स्तर उच्च होती/पायले हेतु किसी भी सरकारी संस्था या किसी अन्य साधन से नहीं लेना/लेगी।
2. "कोशिका फाउन्डेशन" से ली गई सहायता केवल वित्तीय प्रवृत्ति की है। ऐसी पर सम्पत्ति द्वारा दी गई सहायता या किसी भी उपचार/प्रक्रिया का सुपुनर होती एवं सम्पत्ति को बीच का विषय है और "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई दायता नहीं है। इसलिए सम्पत्ति में ऐसी के इस्तेमाल सुरक्षा और अपने/अपने को सही विनियोगों ऐसी एवं सम्पत्ति को सही और "कोशिका" को कोई अधिकार या विनियोगों इस मामले में नहीं होती।

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE

स्वीकृती के लिए संस्तुति

NCE
Dr. Gayatri Krishna

Administrator

B.W. Lions Superspeciality Eye Hospital

Name, Design, Sign & Stamp of Authorised Signatory

Off. J.C. Road on behalf of Hospital 002

मात्र ३ एड हमीत अधिकत अधिकत

Date of Surgery

ऑपरेटिंग की शक्ति

Dr. SHEETAL BALLAL

Convincing

50304

(Name of Dr. & Regn. No. with Stamp)

एक ही जगह पर रहने से हमारे जीवन में बहुत कुछ बदल सकता है।

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION

आन्तरिक रूपरेखा होल

SIGNATURE of TRUSTEE 1

न्यासी हस्ताक्षर ।

SIGNATURE of TRUSTEE 2

न्यासी हस्ताक्षर २

Exemplar

Rich