

11981



0278 0278  
Lakshmi Devi Lakshmi  
Pre-op Post-op

**APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE (Healthcare)**  
सहायता हेतु आवेदन प्रारूप (स्वास्थ्य देखभाल)

APPLICATION No.: B/09/11/0278 APPLICATION DATE: 05/09/2017  
आवेदन संख्या: आवेदन तिथि

NAME of APPLICANT: Lakshmi Devi AGE-YEARS: 68 SEX: F  
आवेदक का नाम आयु-वर्ष लिंग

FATHER'S/SPOUSE'S NAME: Venkatarao Reddy  
पिता/कन्या का नाम

PRESENT RESIDENCE ADDRESS: Machas, Pithel mandalam, pitha.  
वर्तमान आवास पता

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS: Chittoor Dist Andhra Pradesh.  
स्थायी आवास पता

OCCUPATION: Housewife MARRIED (विवहित) / UNMARRIED (अविवहित)  
व्यवसाय

TOTAL ANNUAL INCOME: 30,000/- (Attach Proof of Income)  
कुल वार्षिक आय (आप का साक्ष्य संलग्न करें)

PAN No. [Blank] (आपका PAN संख्या)

ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable): Yes / No  
क्या आप आय कर दाता हैं (जो मान्य हो उस पर सही का निशान लगाएं) हाँ / नहीं

| FAMILY DETAILS परिवार विवरण |                                                   |                            |                |                                               |
|-----------------------------|---------------------------------------------------|----------------------------|----------------|-----------------------------------------------|
| Sr. No.<br>क्रम संख्या      | Name of Family Member<br>परिवार के सदस्यों का नाम | Age (Years)<br>उम्र (वर्ष) | Gender<br>लिंग | Relation with Applicant<br>आवेदक के साथ संबंध |
| 1                           | N. Venkatarao Reddy                               | 34                         | M              | Son                                           |
| 2                           | Dwarakath Reddy                                   | 32                         | M              | Son                                           |

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

|                                                                                                                                |                                                                                                                                        |                                                                                                              |                                                                    |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> BPL Card (Attach Card Copy)<br>गरीबी रेखा के नीचे प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें) | <input type="checkbox"/> EWS Certificate (Attach Certificate Copy)<br>अल्प आय वर्ग प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें) | <input type="checkbox"/> Ration Card (Attach Copy)<br>उपभोक्ता कार्ड (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें) | <input type="checkbox"/> Any Other Basis/Proof<br>अन्य कोई साक्ष्य |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------|

**"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE:**  
सहायता हेतु किसे गये विवृति 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 लिया गया हो?

| Sr. No.<br>क्रम संख्या | NAME of OTHER SOURCE<br>अन्य स्रोत का नाम | AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILED<br>ले गई सहायता राशि |
|------------------------|-------------------------------------------|---------------------------------------------------------|
|                        | B.W L.E.H                                 |                                                         |

**DECLARATION by APPLICANT: (अर्बेदक 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 प्रकरण 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 दृढ़ता से स्वीकार करता हूँ कि "कोशिका फाउन्डेशन", से जो भी सहायता मिलेगी, उसका उपयोग उन्ही उद्देश्यों के लिये किया जाएगा, जो इस प्रकरण में माँगा गया है।
- 3) मैं पुष्टि करता हूँ कि मैं इस सहायता हेतु यह प्रार्थना नहीं करूँगा कि, उस राशि का अधिकतम या समस्त हिस्सा किसी अन्य प्रोडनिंग/वैयक्तिक/व्यापारिक स्रोतों से प्राप्त हो सके और न ही भविष्य में हो सके।

**AGREEMENT by APPLICANT (अर्बेदक द्वारा कथन):**

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 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 in this regard will be final and acceptable to me.

1) इस प्रकरण पर अपने हस्ताक्षर या अंगुष्ठ की छाप लगाकर, मैं (अर्बेदक) अपनी सहमति की पुष्टि करता हूँ एवं "कोशिका फाउन्डेशन" और उसके न्यायीयों को अधिकृत करता हूँ कि वे मेरा नाम, पता, फोटो और जो विवरण इस प्रकरण में घोषित है, उसे "कोशिका" एवम् न्यायी, दान, वाचनात्मक दूरदर्शन से जुड़ी गतिविधियों और उपलब्धियों के लिये किसी भी प्रकार माध्यम से प्रसारित करने के लिये अधिकृत है। मेरे प्रकरण का विवरण मेरी इच्छा के बिना या बिना मेरे जाने के लिये "कोशिका फाउन्डेशन" व न्यायी अधिकृत है।

2) मैं (अर्बेदक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण जो कि सहायता के उद्देश्यों से घोषित है मुझे स्वतः सहायता का हक्कदार नहीं बनाता। इस सम्बंध में "कोशिका" एवम् उसके न्यायीयों का निर्णय अंतिम और बाध्यकारी होगा।

**APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION:**

अर्बेदक को हस्ताक्षर या अंगुष्ठ का चिह्न



N. O. 27. 10. 2017

**AGREEMENT by HOSPITAL (हस्पताल द्वारा कथन):**

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 ओर से मामले/रोगी को "कोशिका फाउन्डेशन" से वित्तीय सहायता हेतु सिफारिश की जाती है, जिसे हम (हस्पताल) निम्न प्रकरण से मान्य व स्वीकार करते हैं।

1) वह कि न तो वर्तमान और न ही भविष्य में वित्तीय सहायता किसी और सहायता स्रोत या किसी अन्य स्रोत से उक्त रोगी/मामले में लेने या ले रहे हैं, जैसे कि हमने "कोशिका फाउन्डेशन" से सिफारिश/फिल्टर उक्त के सम्बंध में "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा माँगा हेतु कि है। यदि "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा सहायता वित्तीय अतिरिक्त/मरकत हेतु मान्य नहीं किया जाता है तो हस्पताल किसी अन्य स्रोत या किसी अन्य सहायता से सहायता लेने का अधिकार सुरक्षित रखता है। इस पुष्टि में स्पष्ट कहा जाता है कि हस्पताल द्वितीय पक्ष उक्त रोगी/मामले हेतु किसी भी सहायता सीमा या किसी अन्य सहायता से नहीं लेगा/लेगी।

2. "कोशिका फाउन्डेशन" से लेने वाली सहायता केवल वित्तीय प्रकृति की है। रोगी पर हस्पताल द्वारा की गई सलाह या किये गये उपचार/प्रक्रिया का चुनाव रोगी एवं हस्पताल के बीच का विषय है और "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई दबाव नहीं है। इन्हीं हस्पताल में रोगी के इलाज सुरक्षा और जाने जाने की सभी जिम्मेदारी रोगी एवं हस्पताल की होगी और "कोशिका" की कोई धूमिका या जिम्मेदारी इस मामले में नहीं होगी।

**RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE**

स्वीकृति के लिए संस्तुति

Dr. Gayatri Krishna

Administrator

B.W. Lions Superspecialty Eye Hospital

(Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory)

Off: J.C. Road, (entrance of Hospital) 002

जय व पर हस्पताल अधिकृत अधिकारी

Date of Surgery

ऑपरेशन की तारीख

Dr. SHEETAL BALLAL

Consultant

K.C. No. 56304

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

डॉक्टर का नाम व इलाज व रजि. नं.

**FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION**

अन्तरिक उपयोग हेतु

SIGNATURE of TRUSTEE 1

न्यायी हस्ताक्षर 1

SIGNATURE of TRUSTEE 2

न्यायी हस्ताक्षर 2

[Signature of Trustee 1]

[Signature of Trustee 2]