

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE

सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)

(स्वास्थ्य देखभाल)

11984

Koshika
foundation
Building Block of life

APPLICATION No.:

आवेदन संख्या

20917/2250

APPLICATION DATE

आवेदन तिथि

25/09/2024

NAME of APPLICANT:

आवेदक का नाम

K. Parvithamma

AGE-YEARS आयु-वर्ष

70

SEX लिंग

F

FATHER'S/SPOUSE'S NAME:

पिता/कटुम्ब का नाम

Nagamallaiah

PRESENT RESIDENCE ADDRESS

वर्तमान आवासीय पता

Garammipalli, Vatalapadu Mandalam

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS

स्थायी आवासीय पता

Pates, Chittoor Dist, Andhra Pradesh

OCCUPATION:

व्यवसाय

House wife / Unemployed.

TOTAL ANNUAL INCOME:

कुल वार्षिक आय

50,000/-

MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)

(Attach Proof of Income)
(आय का सक्ष्य सतन)

PAN No. स्थाई 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

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
	Rajagopal	25	m	Son.
	Three Daughters			Married.

BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable)
सहायता के लिये विनति आधारBPL Card
(Attach Card Copy)यहोरी रोजा के नीचे प्रमाण पत्र
(प्रमाण पत्र की छाया प्रति सतन करें)EWS Certificate
(Attach Certificate Copy)अन्य आय वर्ग प्रमाण पत्र
(प्रमाण पत्र की छाया प्रति सतन करें)Ration Card
(Attach Copy)उपभोक्ता कार्ड
(प्रमाण पत्र की छाया प्रति सतन करें)Any Other
Basis/Proof
अन्य कोई सक्ष्य"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE:
सहायता हेतु किये गये विनती का उद्देश्य:Sr. No.
क्रम संख्याMedical Reports/Prescriptions Attached
अस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई प्रतिवेदन सूची सतन

Doc 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.
क्रम संख्याNAME of OTHER SOURCE
अन्य स्रोत का नामAMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILED
सी गई सहायता राशी

B.W.L.E.H.



0280 0280

K. Parvithamma K. Parvatha

Preop m.m.p

per op

DECLARATION by APPLICANT: ☐ true ☐ false ☐ N/A

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 a
for which this assistance is requested

[illegible]

1) मैं घोषणा करता हूँ कि मैं कोशिका फाउन्डेशन, से ली जा रहा हूँ, इसका उपयोग करूँगा।
 2) मैं इस को सहायता नहीं "कोशिका फाउन्डेशन", से ली जा रहा है, इसका उपयोग करूँगा।
 3) मैं घोषणा करता हूँ कि जिस सहायता हेतु यह प्रार्थना की गई है, उसका उपयोग करूँगा।

AGREEMENT by APPLICANT (आवेदक द्वारा कार्य)
 (Applicant) hereby agree & authorize Koshika F
 assistance is

1) By affixing my signature or thumb impression on this Form, I (Applicant) hereby agree & authorize that assistance is requested/granted, which use/publish/put-up/reproduce my name, address, photo & details of the "purpose", for which such assistance is requested/granted, in any form, 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.

I further agree that any such use of my name, address, photo & details of the "purpose", for which such assistance is requested/granted, shall be final and acceptable to me.

AGREEMENT by APPLICANT (आवेदक द्वारा कब)

2) मैं इस का स्थापक हूँ। "कॉशिका फाउंडेशन" का नाम है, इस फॉर्म का उपयोग मैं करता हूँ।
3) मैं पुष्टि करता हूँ कि जिस स्थापक से यह प्रार्थना की गई है, उस फॉर्म का उपयोग मैं करता हूँ।

AGREEMENT by APPLICANT (अर्पक द्वारा कार्य)

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.

I further agree that any such use of my name, address, photo & details of the "purpose", for which such assistance is requested/granted, shall be final and acceptable to me.

2) I (Applicant) further agree that any such use of my name, address, photograph, or other identifying information for which assistance is being requested by the Koshika Foundation, shall be for the purpose of promoting the said activities and shall not be for the purpose of promoting the religious, political, or other interests of any person or organization. The decision for granting or denying assistance will not automatically entitle me for receiving or continuing the said assistance. The decision will be final and acceptable to me.

[illegible]

2) मैं (आवेक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण "कॉलेज" नामक पत्रिका में प्रकाशित और बाँटकर दिये जायें।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION



AGREEMENT by HOSPITAL (हॉस्पिटल की स्वीकृति)

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:

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.

2) The assistance from Koshika + Consultant + Hospital, in the treatment of the patient, is based on the arrangement between the patient & the Hospital, and Koshika + Consultant assume sole & complete responsibility of the treatment & it's outcome & safety of the patient, and Koshika + Consultant in the matter.

2) The assistance from Koshika Foundation to the patient & the Hospital, is based on the arrangement between the patient & the Hospital, and Koshika Foundation assumes sole & complete responsibility of the treatment & it's outcome & safety of the patient, and Koshika Foundation in the matter.

हमारे अधिकृत, हस्ताक्षर को और से मामले/रोगी को "कोशिका फाउंडेशन" से वित्तीय सहायता हेतु विधिवत की जाती है, जिसे हम (हस्ताक्षर) निम्न प्रकार से मान्य व स्वीकार करते हैं।

1) यह कि न तो रोगी/रोगी और न ही परिवार में वित्तीय सहायता किसी और सरकारी संस्थान या किसी अन्य स्तर से उठाए/पाए जाने में लगे या हो रहे हैं, जैसे कि हमने "कोशिका फाउंडेशन" से निगरान/विधिवत उठाए के सम्बन्ध में "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा मदद हेतु कि है। यदि "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा सहायता विधिवत अर्जित/सफल हेतु बाधु नहीं किया जाता है तो अस्पताल किसी अन्य और सरकारी संस्था या किसी अन्य संस्थापन से सहायता लेने का अधिकार सुरक्षित रहता है। इस दृष्टि में स्पष्ट कहा जाता है कि अस्पताल विधिवत मदद उठाए/पाए जाने हेतु किसी और सरकारी संस्था या किसी अन्य संस्थापन से नहीं लेता/लेगी।

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE

Dr. Gayatri Krishna

2. "कोशिका फायन्डेशन" से ही यह सहायता कंपनी वित्तिय प्रकृति का है। एन सी ई आर के अनुसार यह कंपनी को बीएस का विषय है और "कोशिका फायन्डेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई दायव नहीं है। इसलिये हस्ताक्षर में योगी की इच्छाएं पूर्ण होकर जायेंगी।

को योगी और "कोशिका" को कोई शुल्क या जिम्मेदारी इस मामले में नहीं होगी।

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE *Dr. Gayatri Krishna*

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE
स्वीकृती के लिए संसुति

Dr. Gayatri Krishna
Administrator

B.W. Lions Superspeciality Eye Hospital
(Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory
on behalf of Hospital)
Off: J.C. Road, Bhubaneswar-751002

Date of Surgery
ऑपरेशन हो कागिख

06/09/2017

Dr. SHEETAL BALLAL
Consultant
KMD-56304

(Name of Dr. & Regn. No. with Stamp)
डाक्टर का नाम व इन्सफर व रजि. नं.

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION

आन्तरिक उपयोग हेतु

SIGNATURE of TRUSTEE 1
न्यासी हरदत्त ।

Exercice 7

SIGNATURE of TRUSTEE 2
न्यासी हस्ताक्षर 2

2000