

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE
(Healthcare)

सहायता हेतु आवेदन प्रारूप
(स्वास्थ्य देखभाल)

11 489
Koshika
foundation
Building block of life

APPLICATION No.: B/0917/0283 APPLICATION DATE: 05/09/2017

NAME of APPLICANT: Nagarajh AGE-YEARS: 72 SEX: M.

FATHER'S/SPOUSE'S NAME: Buddhanna

PRESENT RESIDENCE ADDRESS: Zilamandha, K.V. Patti mandalam

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS: pites, Chittoor Dist. Andhra Pradesh

OCCUPATION: Unemployed

TOTAL ANNUAL INCOME: 40,000/- (farmer)

PAN No. ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable): Yes / No

Sr. No.	Name of Family Member	Age (Years)	Gender	Relation with Applicant
1	Venkataramana	30	M	Son
2	Sudhakala	24	M	Son
	one Daughter		Married	

BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable)

BPL Card (Attach Card Copy)	EWS Certificate (Attach Certificate Copy)	Ration Card (Attach Copy)	Any Other Basis/Proof
महिला रेशन कार्ड के साथ प्रमाण पत्र	अल्प आय वर्ग प्रमाण पत्र	उपभोक्ता कार्ड	अन्य कोई साक्ष्य
(प्रमाण पत्र की प्रतिलिपि संलग्न करें)	(प्रमाण पत्र की प्रतिलिपि संलग्न करें)	(प्रमाण पत्र की प्रतिलिपि संलग्न करें)	

"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE: सहायता हेतु किये गये निम्नलिखित उद्देश्य:

Sr. No.	Medical Reports/Prescriptions Attached
	DOV for Right Eye
	RE - SICS + IOL

ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES

Sr. No.	NAME of OTHER SOURCE	AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILED
	B.W.L.E.H.	



0283 Nagarajh 0283 Nagarajh
Pre op 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 for which this assistance is requested.
- 1) मैं घोषणा करता हूँ कि इस फॉर्म में दिये गये सभी विवरण मेरी जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई विवरण सत्य वास्तविकता का नहीं है तो मेरी सहायता निरास हो सकती है।
- 2) मैं इससे सहायता प्राप्त "कोशिका फाउन्डेशन", से लेंगे जो सही है, उसका उपयोग इसी उद्देश्य को पूर्ण करने के लिये किया जायेगा, जो इस फॉर्म में उल्लेखित है।
- 3) मैं पुष्टि करता हूँ कि जिस सहायता हेतु यह प्रार्थना की गई है, उस राशि का अतिरिक्त या समकाल विवरण किसी अन्य स्रोत/नियोक्ता/बीमा कम्पनी से न ले लिया है और न ही भविष्य में लूँगा।

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 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 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 फॉर्म पर अपने हस्ताक्षर या अंगूठे की छाप लगाकर, मैं (आवेदक) अपनी स्वीकृति को पुष्टि करता हूँ एवं "कोशिका फाउन्डेशन" और उसके त्रुस्टीयों को अधिकृत करता हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और जो विवरण इस फॉर्म में घोषित है, इसे "कोशिका" एफएन फाउन्डेशन, चार, वाचनालय द्वारा उद्देश्य से जुड़ी गतिविधियों और उपलब्धियों के लिये किसी भी प्रकार माध्यम से प्रसारित करने में लिप्त अधिकृत है। मेरे फॉर्म का प्रसारण मेरे फॉर्म के पहले या बाद में करने के लिये "कोशिका फाउन्डेशन" से न्यायोचित अधिकृत है।
- 2) मैं (आवेदक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण को जिस सहायता के उद्देश्य से प्रसारित है जुड़े सत्य, सहायता को इच्छा नहीं करता। इस सम्बंध में "कोशिका" एफएन फाउन्डेशन का निर्णय अंतिम और स्वीकार्य होगा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION :

आवेदक की हस्ताक्षर या अंगूठे का निशान

**AGREEMENT by HOSPITAL (हस्पताल 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.
- हस्ताक्षर करके, हमारी ओर से मान्य/पंजी की "कोशिका फाउन्डेशन" से वित्तिय सहायता हेतु सिफारिश की जाती है, जिसे हम (हस्पताल) निम्न प्रकार से मान्य न स्वीकार करते हैं।
- 1) यह कि हमें वर्तमान और न ही भविष्य में वित्तिय सहायता किसी और सहायता संगठन या किसी अन्य स्रोत से उसका ठेका/प्राप्ति में लगे या ले रहे हैं, जैसे कि हमने "कोशिका फाउन्डेशन" से सिफारिश/किया। इससे के सम्बंध में "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा प्रदत्त हेतु कि है। यदि "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा सहायता वित्तिय सिफारिश/किया हेतु मन्तु नहीं किया जाता है तो हमस्पताल किसी अन्य और सहायता संगठन या किसी अन्य सहायता से सहायता लेने का अधिकार सुरक्षित रखता है। इस पुष्टि में स्पष्ट बना जाता है कि हमस्पताल वित्तिय सहायता प्राप्त ठेका/प्राप्ति हेतु किसी भी सहायता संगठन या किसी अन्य सहायता से नहीं ले रहे/लेगी।
2. "कोशिका फाउन्डेशन" से लेने वाली सहायता केवल वित्तिय प्रकृति की है। ठेका या हमस्पताल द्वारा लेने वाली सहायता या किसी अन्य सहायता/प्रक्रिया का चुनाव ठेका एवं हमस्पताल को बीच का विषय है और "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई रचना नहीं है। हमलिये हमस्पताल में ठेका को इलाज मुक्त और अपने अपने को सही विमोचनी ठेका एवं हमस्पताल को ठेका और "कोशिका" को कोई भुजिका या विमोचनी इस मामले में नहीं होगी।

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE

स्वीकृति के लिये संस्तुति

Dr. Gayatri Krishna
Administrator

B.W. Lions Superspecialty Eye Hospital

Head of Institution & Authorised Signatory

Off: J.C. Road, Bahadurpur, Delhi-110002

समय से यह हमस्पताल अधिकृत अधिकारी

(Name of Dr. & Regn. No. with Stamp)
डाक्टर का नाम व इलाज नं. के साथ

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION

आन्तरिक उपयोग हेतु

SIGNATURE of TRUSTEE 1

न्यासी हस्ताक्षर 1

SIGNATURE of TRUSTEE 2

न्यासी हस्ताक्षर 2