

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE
सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)
(स्वास्थ्य देखभाल)

Koshika
foundation
Building Block of Life

APPLICATION No.: B/0914/0306 APPLICATION DATE: 12/9/2019

NAME OF APPLICANT: Venkata Subbamma AGE-YEARS आयु-वर्ष: 55 SEX लिंग: F

FATHER'S/SPOUSE'S NAME: Venkata Ramiah

PRESENT RESIDENCE ADDRESS: Kallurkaluva vedhi, Pileer town, Piler

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS: Chittoor Dist, Andhrapradesh

OCCUPATION: Laboury

MARRIED (विवाहित) UNMARRIED (अविवाहित)

TOTAL ANNUAL INCOME: 50,000/- (Attach Proof of Income) (आय का साक्ष्य संलग्न)

PAN No. स्वयं छात्र संख्या

ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable):

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
1	Srinivas S.	30	M	Son

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

BPL Card (Attach Card Copy) गरीबी रेखा के नीचे प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र को साथ प्रति संलग्न करें)	EWS Certificate (Attach Certificate Copy) अल्प आय वर्ग प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र को साथ प्रति संलग्न करें)	Ration Card (Attach Copy) उपभोक्ता कार्ड (प्रमाण पत्र को साथ प्रति संलग्न करें)	Any Other Basis/Proof अन्य कोई साक्ष्य
--	--	--	--

"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE:
सहायता हेतु किये गये विधि का उद्देश्य:

Sr. No. Medical Reports/Prescriptions Attached
क्रम संख्या अस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई प्रतिवेदन सूची संलग्न

DOV for Left Eye

LE - SICB + 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 संख्या	NAME of OTHER SOURCE अन्य स्रोत का नाम	AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILED ली गई सहायता राशी
	B.W.L.E.H.	



0306 0306
Venkata Venkata
Subbamma Subbamma
part of part of

DECLARATION by APPLICANT: आवेदक द्वारा घोषणा यह:

- 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 application is submitted.
- 1) मैं यहाँ पर घोषणा करता हूँ कि इस प्रारूप में दिये गये सभी विवरण सत्य ज्ञातव्य हैं। कोई भी झूठा कथन मेरी आवेदनपत्र एवं जारी सहायता, यदि कोई हो, को खारिज/रद्द करने के लिए पर्याप्त होगा।
- 2) मैं यहाँ पर घोषणा करता हूँ कि "कोशिका फाउंडेशन", से प्राप्त की गई सहायता, केवल इसी उद्देश्य के लिए ही प्रयोग की जाएगी, जो इस प्रारूप में बताया गया है।
- 3) मैं यहाँ पर घोषणा करता हूँ कि मैंने भविष्य में इस सहायता को प्राप्त करने के लिए, इस उद्देश्य के अलावा कोई भी अन्य स्रोत/रोजगार/बीमा कम्पनी से न तो सहायता लेई और न ही भविष्य में ली।

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 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 प्रारूप पर अपने हस्ताक्षर या अंगूठे की छाप लगाकर, मैं (आवेदक) अपनी सहमति को पुष्टि करता हूँ एवं "कोशिका फाउंडेशन और उसके न्यासी" को अधिकृत करता हूँ कि वे मेरा नाम, पता, फोटो और जो विवरण इस प्रारूप में घोषित है, उसे "कोशिका" दूरदर्शन, रेडियो, पत्रिका, पत्र, दूरदर्शन, दूरदर्शन से जुड़ी गतिविधियों और उपलब्धियों के विषये किसी भी प्रकार माध्यम से प्रसारित करने के लिए अधिकृत है। मेरी प्रारूप का विवरण मेरी इलाज के पहले या बाद में करने के लिए "कोशिका फाउंडेशन" से न्यासी अधिकृत है।
- 2) मैं (आवेदक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण जो कि सहायता के उद्देश्य से घोषित है, उसे केवल सहायता का इलाज नहीं करता। इस सम्बंध में "कोशिका" दूरदर्शन, रेडियो, पत्रिका, पत्र, दूरदर्शन, दूरदर्शन से जुड़ी गतिविधियों का निर्णय अंतिम और स्वीकार्य होगा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION:

आवेदक की हस्ताक्षर या अंगूठे की छाप।

**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 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 provided/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.

इससे अधिकृत, हस्ताक्षर की ओर से सम्बन्धित को "कोशिका फाउंडेशन" से वित्तीय सहायता हेतु सिफारिश की जाती है, जिसे हम (हस्पताल) निम्न प्रकार से मान्य व स्वीकार करते हैं:

1) यह कि न तो वर्तमान और न ही भविष्य में वित्तीय सहायता किसी भी सन्दर्भ में कोशिका फाउंडेशन या किसी अन्य स्रोत से प्राप्त होने/प्राप्त होने से लेने या ले रहे हैं, जैसे कि हमने "कोशिका फाउंडेशन" से सिफारिश/विदेशी उद्देश्य के सम्बंध में "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा मदद हेतु किया है। यदि "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा सहायता वित्तीय अतिरिक्त/सफल हेतु प्रस्ताव नहीं किया जाता है तो हस्पताल किसी अन्य और सन्दर्भ में किसी अन्य सहायता से सहायता लेने का अधिकार सुरक्षित रखा है। इस दृष्टि से स्पष्ट कहा जाता है कि हस्पताल द्वारा मदद प्राप्त होने/प्राप्त होने हेतु किसी भी प्रकार की सहायता या किसी अन्य सहायता से नहीं लेना/लेनी।

2. "कोशिका फाउंडेशन" से ही यह सहायता केवल वित्तीय प्रकृति की है। ऐसी या हस्पताल द्वारा ही यह सहायता या बिना गले उपचार/प्रक्रिया का प्रस्ताव नहीं एवं हस्पताल को बीमा का विवरण है और "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई दायित्व नहीं है। इसलिए हस्पताल में ऐसी को इलाज सुरक्षा और अपने जाने को सभी जिम्मेदारी ऐसी एवं हस्पताल को होगी और "कोशिका" को कोई भूमिका या जिम्मेदारी इस मामले में नहीं होगी।

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE

स्वीकृति के लिए संस्तुति

Dr. Gayatri Krishna
Administrator
(Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory on behalf of Hospital)
Off: J.C. Foundation
100-002

Date of Surgery
ऑपरेशन की तारीख

15/9/2017

Dr. SHWETA BALLAL

Consultant

S.No. 56304

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

डॉक्टर का नाम व हस्ताक्षर व छाप

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION

आन्तरिक उपयोग हेतु

SIGNATURE of TRUSTEE 1
न्यासी हस्ताक्षर 1

SIGNATURE of TRUSTEE 2
न्यासी हस्ताक्षर 2