

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE
सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)
(स्वास्थ्य देखभाल)

13487
Koshika
foundation
Building block of life.

APPLICATION No.: आवेदन संख्या: B/1017/0330 APPLICATION DATE: आवेदन तिथि 10/10/2017

NAME of APPLICANT: आवेदक का नाम Krishniah AGE-YEARS आयु-वर्ष 65 SEX लिंग M

FATHER'S/SPOUSE'S NAME: पिता/कन्या का नाम Subbiah

PRESENT RESIDENCE ADDRESS: वर्तमान आवासीय पता Batanarapalli, Sakakada Mandalam,

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS: स्थाई आवासीय पता Piler, Chittoor Dist, Andhra Pradesh

OCCUPATION: व्यवसाय Farmer

MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)

TOTAL ANNUAL INCOME: कुल वार्षिक आय 30,000/-

(Attach Proof of Income)
(आप का सक्षम संलग्न)

PAN No. स्याई खात संख्या

ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable): क्या आप आय कर राज है (जो मान्य हो उस पर सही का निशान लगावे।)

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
No children				

BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable)
सहायता के लिये विनिर्दिष्ट 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 सक्षम
---	---	---	--

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

Medical Reports/Prescriptions Attached
अस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई प्रतिवेदन सूची संलग्न

DOV for Right Eye
RE - SILS + 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 ली गई सहायता राशि
	B.W.L.E.H	



0330 0330
Krishniah Krishniah
pro op post op

DECLARATION by APPLICANT: आवेदक द्वारा घोषणा पत्र:

DECLARATION by APPLICANT: **अवेक द्वा घोषणा करः**
 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.
 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. Information provided from Koshika Foundation, will be used only for the "purpose", as stated in this Form, for which such assistance

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. I will not in future, avail of reimbursement, in part or in full, from any other source/employer/insurance company, of the amount received from Koshika Foundation.

2) I solemnly confirm that assistance, if received from Kushiya Foundation, will not be used for any other purpose than that stated above.
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 requested by me.

3) मैं यहाँ घोषणा करता हूँ कि मैंने और भविष्य में भी किसी अन्य स्रोत/एम्प्लॉयर/इंश्योरेंस कंपनी से इस राशि का पूरा या आंशिक रूप से возмещение नहीं लेऊंगा।

1) मैं घोषणा करता हूँ कि इस प्रारूप में दिये गये सभी विवरण मेरी जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई विवरण सत्य नहीं होता है, तो मैं इसे सही करने का प्रयास करूँगा।

2) मेरे द्वारा जो सराफा शरीर "कोशिका फाउन्डेशन", से ली जा रही है, उसका उपयोग वसी उपरय की पूर्ति के लिये किया जाएगा, जो इस प्रकार में पाया गया है।

3) मैं घोषित करता हूँ कि जिस सत्यापन हेतु यह प्रार्थना की गई है, उस पक्ष का आचार्य या एकल सदस्य नियुक्त किया जाएगा।

AGREEMENT by APPLICANT (आवेदक द्वारा कृत)

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 in this regard will be final and acceptable to me.

2) इस प्रश्न पर अपने हस्ताक्षर या ओटो की छाप लगाकर, मैं (अवेदक) अपनी सहमति को पुष्टि करता हूँ एवं "कोशिका फाउंडेशन और इसके न्यासी" को अधिकृत करता हूँ कि वेत नाम, पता, फोटो और जो विवरण इस प्रश्न में प्रोहित है, इसे "कोशिका" एम्पू न्यासी, राज, साधक/या दूसरा उद्देश्य से मुझी प्रतिबंधित/को अनाधिकृत/को तिवे किसी भी प्रसार माध्यम

2) वै (अनुपेक्षक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण जो कि महापत्र के अर्पणपत्रों से प्रथित है मुझे स्पष्ट: महापत्र का हकदार नहीं बनाता। इस सम्बंध में "जर्नलिस्ट" द्वारा उसके ज्यूसिफों का रिलीज अतिरिक्त और बाध्यकारी होगा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION:

आवश्यक के हस्तक्षर या अंगूठे का निशान



AGREEMENT by HOSPITAL (HAFH 00 000)

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:

By affixing hereunder, signature of our authorised Signatory for Recognition (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.

हम यहाँ, निम्न प्रकार से मान्य व स्वीकार करते हैं।

1) यह कि न तो सर्वपथ और न ही अधिकारी के विहित सहायता किसी और सरकारी संस्थान या किसी अन्य संकेत से चका ऐंगी/भयने में लेने या ले रहे हैं, जैसे कि हमने "कोशिका फाउन्डेशन" से सिफारिश/निर्गत एक कं सम्पथ में "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा मदद हेतु कि है। यदि "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा सहायता विहित अधिकार/संकेत हेतु मन्दुर नहीं किया जाता है तो अस्पताल किसी अन्य और सरकारी संस्थान या किसी अन्य संस्थान से सहायता लेने का अधिकार सुरक्षित रहता है। इस पृष्ठ में स्पष्ट कहा जाता है कि अस्पताल द्वारा मदद एक ऐंगी/भयने हेतु किसी और सरकारी संस्थान या किसी अन्य संस्थान से नहीं लेता/लेती।

2. "कोशिका फायटोशन" से ली गई सहायक कोशिका विविध प्रकृति की है। रोगी पर हस्तगत हुए दो नई सालह का किये गये उपचार/प्रक्रिया का मुख्य रोगी एवं हस्तगत के बीच का विषय है और "कोशिका फायटोशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई रकान नहीं है। इसलिए हस्तगत में रोगी के शलक सुखा और आने जाने की सभी विधेयों रोगी एवं हस्तगत को होले और "कोशिका" की कोई भूमिका या विधेयों इस मामले में नहीं होती।

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE
स्वीकृती के लिए संस्तुति

Date of Surgery
ऑपरेशन की तारीख

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

डाक्टर का नाम: डॉ. हस्ताकर, व राज, न

(Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory
on behalf of Hospital)

[illegible]

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION

आन्तरिक उपयोग केवल: J.C. Road, bangalore - 560 002

SIGNATURE of TRUSTEE 1

न्यासी हस्ताक्षर ।

SIGNATURE of TRUSTEE 2

पृष्ठसौ इत्यादि २