

13506

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE

सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)

(स्वास्थ्य देखभाल)

Koshika
foundation

Building blocks of life

APPLICATION No. :

आवेदन संख्या :

B/10/7/0333

APPLICATION DATE :

आवेदन तिथि

10/10/2017

NAME of APPLICANT :

आवेदक का नाम

B. Sundaramma

APPLICANT'S ADDRESS :

आवेदक का पता

REV. CL.

FATHER/SPOUSE'S NAME :

पिता/सहोदर का नाम

Venkatappa

52

1

PRESENT RESIDENCE ADDRESS वर्तमान आवासीय पता

Pachmaratti Nagar, P. K. Nagar, P. K.

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS : स्थायी आवासीय पता

Chittoor Dist., Andhra Pradesh

OCCUPATION :

व्यवसाय

House wife

TOTAL ANNUAL INCOME :

कुल वार्षिक आय

30,000/- family income

MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)

PAN No. स्थायी 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

No Children

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

BPL Card

(Attach Card Copy)

गरीबी रेशा के नीचे प्रमाण पत्र
(प्रमाण पत्र को साथ में प्रस्तुत करें)

EWS Certificate

(Attach Certificate Copy)

अल्प आय वर्ग प्रमाण पत्र
(प्रमाण पत्र को साथ में प्रस्तुत करें)

Ration Card

(Attach Copy)

उपभोक्ता कार्ड
(प्रमाण पत्र को साथ में प्रस्तुत करें)

Any Other

Basis/Proof

अन्य कोई साक्ष्य

"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE:

सहायता हेतु किसे रोग विपत्ति का उद्देश्य:

Medical Reports/Prescriptions Attached

अस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई प्रतिवेदन सूची संलग्न

Doc for Right Eye

RE - SIGHTING

ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES
इस उद्देश्य के हेतु कोई अन्य सहायता किसी अन्य स्रोत से ली जा रही है?

NAME of OTHER SOURCE

अन्य स्रोत का नाम

AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILED

सी गई सहायता राशी

B.W.L.E.H

DECLARATION by APPLICANT: आवेदक द्वारा घोषणा पत्र:

- 1) I hereby declare that I have not & will not in future, avail of reimbursement, in part or in full, from any other source for the purpose for which this assistance is requested.
- 2) I solemnly confirm that the assistance 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 for the purpose for which this assistance is requested.

- 1) मैं घोषणा करता हूँ कि इस प्रक्रम में दिये गये सभी विवरण मेरी जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई विवरण एवं कथन असत्य पाया जाय तो मैं मेरी सम्पूर्ण संपत्ति को खो सकता हूँ।
- 2) मैं यहाँ घोषणा करता हूँ कि मैंने इस प्रक्रम के अंतर्गत से प्राप्त की गई है, उसका उपयोग उसी उद्देश्य को पूर्ण करने के लिए किया जाएगा, जो इस प्रक्रम में माँगा गया है।
- 3) मैं पुष्टि करता हूँ कि मैंने इस प्रक्रम के अंतर्गत से प्राप्त की गई है, उसका उपयोग उसी उद्देश्य को पूर्ण करने के लिए किया है और मैं इस प्रक्रम में सही हूँ।

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 प्रक्रम पर अपने हस्ताक्षर या अंगूठे की छाप लगाकर, मैं (आवेदक) अपनी सहमति को पुष्टि करता हूँ कि "कोशिका फाउंडेशन और इसके भरोसे" को अधिकृत करता हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और जो विवरण इस प्रक्रम में घोषित है, उसे "कोशिका" एवम् न्यासी, दान, वाचना/या दूरदर्शन से जुड़ी गतिविधियों और उपलब्धियों के लिए किसी भी प्रकार माध्यम से प्रसारित करने के लिए अधिकृत है। मेरे प्रक्रम का विवरण मेरे हस्ताक्षर के पत्रों या कार्ड में करने के लिए "कोशिका फाउंडेशन" व न्यासी अधिकृत है।
- 2) मैं (आवेदक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण को कि भविष्य में उद्देश्यों से प्रसारित है मुझे स्वतंत्र। हस्ताक्षर का हस्ताक्षर नहीं करता। इस संबंध में "कोशिका" एवम् उसके न्यासी का निर्णय अंतिम और बाध्यकारी होगा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION :
आवेदक के 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 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.

- 1) यह कि मैंने अभी घोषित किया है कि मैंने "कोशिका फाउंडेशन" से वित्तीय सहायता हेतु सिफारिश की जा रही है, जिसे हम (हस्पताल) वित्त प्रकृत से माँग नहीं कर रहे हैं। जैसे कि हमने "कोशिका फाउंडेशन" से सिफारिश/प्रक्रिया के अंतर्गत में "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा मदद हेतु कि है। यदि "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा सहायता प्रदान की जाय तो हमें पता है कि हमने "कोशिका फाउंडेशन" से सिफारिश/प्रक्रिया के अंतर्गत में "कोशिका फाउंडेशन" से सहायता देने का अधिकार सुरक्षित रखा है। इस पुष्टि में स्पष्ट कहा जाय है कि आगामी वित्तीय मदद उक्त उद्देश्यों हेतु किसी भी प्रकार की सहायता के अंतर्गत में "कोशिका फाउंडेशन" से नहीं लेना होगा।
2. "कोशिका फाउंडेशन" से ले गई सहायता केवल वित्तीय प्रकृत की है। हमें यह हस्पताल द्वारा दो वर्ष सलाह या किये गये उपचार/प्रक्रिया का चुनाव हेतु एवं हस्पताल के बीच का विषय है और "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई हस्तक्षेप नहीं है। इसलिए हस्पताल में लेने के इच्छा सुझाव और आने जाने की सभी जिम्मेदारियाँ हमें एवं हस्पताल को होती हैं और "कोशिका" को कोई भुनिका या जिम्मेदारी इस मामले में नहीं होगी।

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE स्वीकृति के लिए संमति

Date of Surgery
ऑपरेशन की तारीख

11/10/2017

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

Dr. SHEETAL BALLAL
Consultant
B. V. LIONS SPECIALITY HOSPITAL
B. V. LIONS SPECIALITY HOSPITAL
B. V. LIONS SPECIALITY HOSPITAL

Dr. Gayatri Krishna
Administrator

(Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory
B. V. LIONS SPECIALITY HOSPITAL
B. V. LIONS SPECIALITY HOSPITAL
B. V. LIONS SPECIALITY HOSPITAL

60/6, Road, Bangalore - 560 002

FOR INTERNAL USE OF KOSHIKA FOUNDATION

SIGNATURE of TRUSTEE 1
न्यासी हस्ताक्षर 1

Sufan

SIGNATURE of TRUSTEE 2
न्यासी हस्ताक्षर 2

Signature