

# APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE

सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)

(स्वास्थ्य देखभाल)

Koshika  
foundation

Building block of life.

APPLICATION No. :  
आवेदन संख्या :

B/1017/0337

APPLICATION DATE :  
आवेदन तिथि

10/10/2017

NAME of APPLICANT :  
आवेदक का नाम

K. Krishnaiah

AGE-YEARS अनु-वय

SEX लिंग

70

M

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

Vankar Mahesh

PRESENT RESIDENCE ADDRESS : वर्तमान, अस्थायी पता

Jennanth, kv pilli Mandabam, Piler,

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS : स्थायी आवासीय पता

Chittoor Dist, Andhra Pradesh

OCCUPATION :  
व्यवसाय

unemployed

TOTAL ANNUAL INCOME :  
कुल वार्षिक आय

40,000/- (family income)

PAN No. : स्थायी आय संकेत

MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)

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)

(Attach Proof of Income)  
(आय का साक्ष्य संलग्न)

0337 K. Krishnaiah 0337 K. Krishnaiah  
pre op post op



Sr. No.  
क्रम संख्या

Name of Family Member  
परिवार के सदस्यों का नाम

FAMILY DETAILS परिवार विवरण

Age (Years)  
उम्र (वर्ष)

Gender  
लिंग

Relation with Applicant  
आवेदक के साथ सम्बन्ध

Shankar

40

M

son

Srinivas

35

M

son

BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable)  
सहायता के लिए विनियमित आधार

BPL Card  
(Attach Card Copy)

EWS Certificate  
(Attach Certificate Copy)

Ration Card  
(Attach Copy)

Any Other  
Basis/Proof

गरीबी रेशा के नीचे प्रमाण पत्र  
(प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें)

अल्प आय वर्ग प्रमाण पत्र  
(प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें)

उपभोक्ता कार्ड  
(प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें)

अन्य कोई साक्ष्य

"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-SPECTOL

ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES  
इस उद्देश्य के हेतु कोई अन्य सहायता किसी अन्य स्रोत से लिया गया हो?

NAME of OTHER SOURCE  
अन्य स्रोत का नाम

AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILED  
ली गई सहायता राशी

B.W.L.E.H

**DECLARATION by APPLICANT:** आवेदक द्वारा घोषणा एवं:

- 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, null and void.
- 2) I solemnly confirm that the assistance requested by me was requested by me.
- 3) I hereby confirm that I have not & will not in future, avail of financial assistance from any other source/employer/insurance company, of the amount for which this assistance is requested.

- 1) मैं घोषणा करता हूँ कि इस प्रकरण में दिये गये सभी विवरण मेरी जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई विवरण सत्य नहीं है तो इस प्रकरण में मदद नहीं मिलेगी।
- 2) मैं घोषणा करता हूँ कि मैंने इस मदद को प्राप्त करने के लिए अभी तक किसी अन्य स्रोत/रोजगार/बीमा कंपनी से मदद नहीं माँगी है और न ही भविष्य में माँगूँगा।
- 3) मैं घोषणा करता हूँ कि मैं इस सहायता हेतु यह प्रार्थना कर रहा हूँ कि मेरी मदद के लिए कोई भी अन्य स्रोत/रोजगार/बीमा कंपनी से मदद नहीं मिलेगी।

**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/print-up/produce 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 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 प्रकरण पर अपने हस्ताक्षर या अंगूठे की छाप लगाकर, मैं (आवेदक) अपनी सहमति को गुरु करता हूँ एवं "कोशिका फाउंडेशन और उसके ट्रस्टियों" को अधिकृत करता हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और जो विवरण इस प्रकरण में शामिल है, उसे "कोशिका" द्वारा या किसी अन्य माध्यम से प्रकाशित करने के लिए अधिकृत है। मेरी प्रत्येक सहमति के बिना या बिना मेरी सहमति के बिना "कोशिका फाउंडेशन" को मेरी मदद के लिए मेरी जानकारी का उपयोग करने की अनुमति दी जाती है।
- 2) मैं (आवेदक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और जो विवरण इस प्रकरण में शामिल है, उसे "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा या किसी अन्य माध्यम से प्रकाशित करने के लिए अधिकृत है। मेरी प्रत्येक सहमति के बिना या बिना मेरी सहमति के बिना "कोशिका फाउंडेशन" को मेरी मदद के लिए मेरी जानकारी का उपयोग करने की अनुमति दी जाती है।

**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 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.

- हमारी अधिकृत, हस्ताक्षर की ओर से मान्यता/स्वीकृति को "कोशिका फाउंडेशन" से वित्तीय सहायता हेतु सिफारिश की जाती है, जिसे हम (हस्पताल) बिना प्रकरण में मदद या स्वीकार करते हैं।
- 1) यह कि न तो वर्तमान और न ही भविष्य में वित्तीय सहायता किसी भी रोगी/मरीज को किसी अन्य स्रोत से उठा रोटी/माध्यम से लेने या ले रहे हैं, जैसे कि हमने "कोशिका फाउंडेशन" से वित्तीय सहायता हेतु मदद माँगी है। यदि "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा सहायता बिना स्वीकार/स्वीकृत हेतु मंजूर नहीं किया जाता है तो अस्पताल को अपना सारा धन या किसी अन्य सहायक से मदद माँगे बिना अधिकार सुरक्षित रखता है। इस प्रक्रिया में स्पष्ट कहा जाता है कि अस्पताल द्वारा मदद उठा रोटी/माध्यम से लेने या ले रहे हैं।
2. "कोशिका फाउंडेशन" से लेने वाली सहायता केवल वित्तीय प्रकृति की है। रोगी या हस्पताल द्वारा दो या दो से अधिक बार मदद माँगी और उसे लेने की सारी जिम्मेदारी रोगी एवं हस्पताल को होगी और "कोशिका" को कोई भी भूमिका या जिम्मेदारी इस मामले में नहीं होगी।

**RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE**  
स्वीकृति के लिए संस्तुति

|                                                                                                                                                                                                        |                                                                                                                   |                                                                                                                                                                                                                                 |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <p>Date of Surgery<br/>ऑपरेशन की तारीख</p> <p>11/10/2017</p>                                                                                                                                           | <p><b>Dr. S. BALAL</b><br/>(Name of Dr. &amp; Regn. No. with Stamp)</p> <p>डाक्टर का नाम व हस्ताक्षर व मुद्रा</p> | <p><b>Dr. Gayatri Krish</b><br/>Administrator<br/>(Name, Designation &amp; Stamp of Authorised Signatory on behalf of Hospital)</p> <p>डॉ. गायत्री क्रिष्णा<br/>प्रशासक<br/>(नाम, पद और अस्पताल के नाम पर अधिकृत हस्ताक्षर)</p> |
| <p><b>FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION</b><br/>(FOR J.C. Road, Bangalore - 560002)</p> <p>SIGNATURE of TRUSTEE 1<br/>न्यासी हस्ताक्षर 1</p> <p>SIGNATURE of TRUSTEE 2<br/>न्यासी हस्ताक्षर 2</p> |                                                                                                                   |                                                                                                                                                                                                                                 |