

17756



0470 0470
Subbamma M Subbamma
Pre op Post op

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE (Healthcare)		सहायता हेतु आवेदन प्रारूप (स्वास्थ्य देखभाल)	
APPLICATION No.: 13/0118/0470 आवेदन संख्या:		APPLICATION DATE: 09/01/2018 आवेदन तिथि	
NAME of APPLICANT: Subbamma M आवेदक का नाम		AGE-YEARS आयु-वर्ष 60	SEX लिंग F
FATHER'S/SPOUSE'S NAME: Lakshmana पिता/सहोदर का नाम			
PRESENT RESIDENCE ADDRESS वर्तमान आवासीय पता Thathaguntapalli, Vayalpadu Pambam,			
PERMANENT RESIDENCE ADDRESS: स्थाई आवासीय पता Pileer, Chittoor Dist, Andhra Pradesh			
OCCUPATION: House wife व्यवसाय			
TOTAL ANNUAL INCOME: 40,000 - Family income कुल वार्षिक आय		(Attach Proof of Income) (आय का साक्ष्य संलग्न)	
PAN No. स्थाई करदाता 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
	Venkataramana	30	M
	Two Daughters		Married
BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable) सहायता के लिये विनति 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 साक्ष्य
"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE: सहायता हेतु किसे गये विनती का उद्देश्य:			
Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached अस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई प्रतिवेदन सूची संलग्न		
	DOV for Right Eye		
	RE - L.I.C.B + 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 राशि	
	B.W. L.E.H		

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 सोचता हूँ कि इस प्रश्न में दिये गये सभी विवरण मेरी जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई विवरण एवं कथन असत्य पाया जाता है तो मेरी सहमति निरस्त की जा सकती है।

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 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 in this regard will be final and acceptable to me.

- 1) इस प्रश्न या अपने हस्ताक्षर या ओपरे को छाप लगाकर, मैं (आवेदक) अपनी सहायता की पुष्टि करता हूँ एवं "कॉलिका फाउंडेशन और उसके न्यासीय" को अधिभूत करता हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और जो विवरण इस प्रश्न में प्रोहित है, उसे "कॉलिका" एवम् न्यासी, दान, वाचनाय दूसरे उद्देश्य से जुड़ी गतिविधियों और उपलब्धियों के लिए किसी भी प्रकार माध्यम से प्रसारित करने के लिए अधिभूत है। मेरे प्रश्न का विवरण जो इसका के पहले या बाद में करने के लिए "कॉलिका फाउंडेशन" व न्यासी अधिभूत है।
- 2) मैं (आवेदक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण को कि सहायता के उद्देश्यों से प्रोहित है मुझे स्पष्ट: सहायता का हकदार नहीं बनता। इस सम्बंध में "कॉलिका" एवम् उसके न्यासीयों का निर्णय अंतिम और बाध्यकारी होगा।

आवेदक के हस्ताक्षर या अंगुली का निशान



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.

इससे अधिकतर, इसाबरी को ओर से मामले/एंगी को "कांशिका फाउन्डेशन" से वित्तिय सहायता हेतु सिफारिश की जाती है, जिसे हम (हमसाल) निम्न प्रकार से राज्य व स्वीकार करते हैं।

- 1) यह कि न तो संस्थान और न ही अधिकारी के विविध सहायता किसी गैर सरकारी संस्थान या किसी अन्य स्त्रोत से उठाएंगे/पावले में लेंगे या ले रहे हैं, जैसे कि हमने "कोशिका फाउन्डेशन" से सिविलिजेशन/विपरीत उक्त के सम्बंध में "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा मदद हेतु कि है। यदि "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा सहायता विपरीत अधिकार/सकल हेतु समुदाय नहीं किया जाता है तो अस्पताल किसी अन्य गैर सरकारी संस्था या किसी अन्य संस्थापन से सहायता लेने का अधिकार सुरक्षित रखता है। इस दृष्टि में स्पष्ट कहा जाता है कि अस्पताल द्वितीय मरर उक्त एंगेजमेंट हेतु किसी गैर सरकारी संस्था या किसी अन्य संस्थापन से नहीं लेगा/लेगी।
2. "कोशिका फाउन्डेशन" से लेी गई सहायता केवल विविध प्रकृति की है। एंगेज पर हमसताल द्वारा दी गई सहायता या किये गए उपचार/प्रक्रिया का चुनाव एंगेज एवं हमसताल को बीच का विषय है और "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई दबाव नहीं है। इसलिए हमसताल में एंगेज के इलाज सुझा और जाने जाने की सारी जिम्मेदारी एंगेज एवं हमसताल को होगी और "कोशिका" को कोई भुविता या जिम्मेदारी इस सम्बन्ध में नहीं होगी।

स्वीकृती के लिए संस्तुति

Date of Surgery
ऑपरेशन की तारीख

10/01/2018

Dr. Sheetal Ballal
Dr. SHEETAL BALLAL
Consultant
(Name of Dr. & Regn. No. with Stamp)
हस्ताक्षर का नाम व हस्ताक्षर बरखि. २

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

B.V. Lions Club Eye Hospital
No. 6, Lions Eye Hospital Road
Mandayur, Bangalore - 560 002

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION

SIGNATURE of TRUSTEE 1

न्यासी इन्ताखर ।

Erklärung

SIGNATURE of TRUSTEE 2

न्यासी हस्ताक्षर 2

Rich