

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE

सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)

(स्वास्थ्य देखभाल)

APPLICATION No.:
आवेदन संख्या :

B/0818/0251

APPLICATION DATE
आवेदन तिथि 16/08/2018NAME of APPLICANT:
आवेदक का नाम

S. Reddy Bi

AGE-YEARS आयु-वर्ष

70

SEX लिंग

F

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

Meeyya Bab

PRESENT RESIDENCE ADDRESS: वर्तमान अवासीय पता

Lakshmi Reddy Gampelli, k.v. patti Mundabom

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS: स्थाई अवासीय पता

Pura, Chittor जिला, Andhra Pradesh

OCCUPATION:
बदलाव

Home maker

TOTAL ANNUAL INCOME:

कुल वार्षिक आय

40,000/- (family income)

MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)

(Attach Proof of Income)

(आय का साक्ष चिन्हण)

PAN No. स्थाई साक्ष नंबर

ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable):
क्या आप आय कर रहे हैं (जो साधा ही उस पर सही का निशान लगाएं।Yes / No
हाँ / 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 |
|------------------------|---------------------------------------------------|----------------------------|----------------|-------------------------------------------------|
| | Reddy Jaffer | 35 | M | Brother |
| | Sadiq Hussain | 32 | M | Brother |
| | Four Daughters | Married | | |

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

| | | | |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------|
| BPL Card (Attach Card Copy) गवीरी रेखा के भीतर प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की छाप प्रति संलग्न करें) | EWS Certificate (Attach Certificate Copy) अर्थ आय की प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की छाप प्रति संलग्न करें) | Ration Card (Attach Copy) उपभोक्ता कार्ड (प्रमाण पत्र की छाप प्रति संलग्न करें) | Any Other Basis/Proof अन्य कार्ड साक्ष |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------|

"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE:

सहायता हेतु लिये गये विनाशी का उद्देश्य:

| Sr. No. क्रम संख्या | Medical Reports/Prescriptions Attached अस्पताल/हॉस्पिट से जारी की गई प्रतिवेदन सूची संलग्न |
|------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------|
| | DOV Left Eye |
| | LE - 8100 +101 |
| | |
| | |

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 कीमत |
|------------------------|-------------------------------------------|---------------------------------------------------------|
| | B.W.L.E.H | |

Koshika
foundation

Building block of life



0251 0251
Reddy Bi Reddy Bi
px op px op

DECLARATION by APPLICANT: आवेदक द्वारा घोषणा पत्रः

- 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 घोषणा करता हूँ कि इस प्रकाश में दिये गये ममी कियात योग्य जनकाने के अनुरूप सभ्य एवं सही हैं। यदि कोई कियात ऐसा करने आवश्यक समय है तो मेरी महाप्राप्ति नियम को ज्ञान करती है।
 - 2) मेरी द्वारा जो समर्पण की "कोशिका फाउंडेशन", जो तो यह होती है, उसका उपलब्ध उमी उद्देश्य की भूमि के लिये किया जाएगा, जो इस प्रकाश में खाली रखा गया है।
 - 3) मैं पुष्टि करता हूँ कि किया प्राप्त देने वाले प्राप्ति को गई है, ताकि उसका काम आवश्यक या ज्ञान कियो जावा और उसका उपलब्ध कीमत में न ही बदलाव मैं देता।

AGREEMENT by APPLICANT: (आवेदक द्वारा करना)

- 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 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 is this regard will be final and acceptable to me.
- 1) इस प्रकाश पर आवेदक की दायरे जनकाने, मैं (आवेदक) जनकी समर्पणी की भूमि करता हूँ कि "कोशिका फाउंडेशन डॉट इंडिया नामीर्णी" को अधिकृत करता हूँ कि मेरा नाम, पता, घोटे और जो कियात इस प्रकाश में दर्शित है, जो "कोशिका" एवं नामीर्णी, एवं, आवश्यक दूसरे उद्देश्य में जुही नियमित्यों और उपलब्धियों के लिये कियो जी प्रकाश आवश्यक ने प्राप्ति करने के लिये अधिकृत है। यदि इस का कियात योग्य जनकाने के चलते या बदले में करने के लिये "कोशिका फाउंडेशन" वा नामीर्णी अधिकृत है।
 - 2) मैं (आवेदक) इस चाले गये जनकाने हूँ कि मेरे नाम, पता, घोटे और कियात जो कि महाप्राप्ति के उद्देश्यों में दर्शित हैं पुरुष सभ्य; महाप्राप्ति का इनकाल नहीं बनाता। इस सम्बन्ध में "कोशिका" एवं उसके नामीर्णी वा कियात अद्वितीय और जनकानो होता।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION :

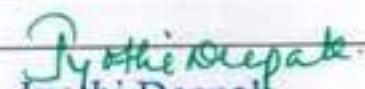
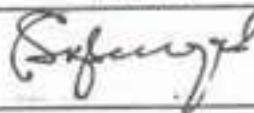
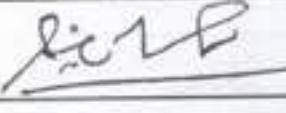
आवेदक के इनकाल या अंगूठे का नियम



AGREEMENT by HOSPITAL: (इनकाल द्वारा करना)

- 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.
- इनको अधिकृत, इनकाल की ओर से नामीर्णी को "कोशिका फाउंडेशन" से दियाये गये जनकाने की जाती है, जिसे हम (इनकाल) नियम प्रकाश में दायरे जनकाना करते हैं।
- 1) यह हिंदू न होने वाली वर्षा वर्षा में दियाये गये जनकाने कियो जी जनकानी भावामा पा कियो अन्य जनकों से इसका उपलब्धियों में लागे या नहीं है, जिसे कि इसमें "कोशिका फाउंडेशन" से दियाया गया कियो जाता है। यदि "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा इनकाल दिया गया नामीर्णी कियो जाता है तो इनकाल कियो जाने गए तरह इनकाल की भावामा या कियो जाने गए सम्बन्ध में गुरुत्वादार जनकाने का अधिकृत मुख्यता रखता है। इस भूमि में इसका करा जाता है कि अन्यकाल दियाये गए इनकाल दियाये गए जनकाने की ओर से इनकाल में नहीं लेना चाहिए।
 - 2) "कोशिका फाउंडेशन" से जो गई गये जनकाने कोयल कियो प्रदूषित होती है। उसी पर इनकाल द्वारा दी गई समाज वा जिसे गये उपचारप्रक्रिया वा युवाव देनी एवं इनकाल के लिये का विषय है और "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा कियो प्रकाश का कोई दबाव नहीं है। इनकाल दियाये गए जनकों के इनकाल मुख्यता और अन्य जनकों की ओर से कियो जानी एवं इनकाल द्वारा दी गई समाज वा जिसे गये उपचारप्रक्रिया वा युवाव देनी एवं इनकाल की दोनों और "कोशिका" की जांच-पूछता या विमेंद्रिय इस भावमें ये जारी होती हैं।

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE
स्नीकृती के लिये संस्कृति

| | | |
|-------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Date of Surgery अंगूठन की तारीख <i>13/08/2018</i> |  Dr. SHEETAL BALLAL Consultant (Name & Designation with Stamp) B.W. Lions Super Speciality Eye Hospital |  Jyothi Deepak (Name, Designation & Authorised Signatory) B.W. Lions Super Speciality Eye Hospital No. 350, 3rd Cross, 5th Main, Off J.C. Road, Bangalore - 560 002 |
| No. 3, 1st Floor, 2nd Main, Off J.C. Road, Bangalore - 560 002 | | SIGNATURE of TRUSTEE 1 नामीर्णी इनकाल 1 |
|  | | SIGNATURE of TRUSTEE 2 नामीर्णी इनकाल 2  |