

**APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE**  
 सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

 (Healthcare)  
 (स्वास्थ्य देखभाल)


**Koshika**  
 foundation  
 Building block of life.

APPLICATION No. :

आवेदन संख्या :

311018/0318

APPLICATION DATE :

आवेदन तिथि

09/10/2018

NAME of APPLICANT :

आवेदक का नाम

Raghunathreddy.C.P

AGE-YEARS आयु-वर्ष

SEX लिंग

77

M

FATHER'S/SPOUSE'S NAME :

पिता/कन्या का नाम

Siddareddy

PRESENT RESIDENCE ADDRESS वर्तमान आवासीय पता

Cherukurampalli, Sadderu Mandaham, Pithi.

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS : स्थाई आवासीय पता

Chittoor Dist, Andhra Pradesh

OCCUPATION :

व्यवसाय

Farmer

MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)

TOTAL ANNUAL INCOME :

कुल वार्षिक आय

40,000/-

(Attach Proof of Income)

(आय का प्रमाण संलग्न करें)

PAN No. स्थाई 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 चिह्न 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
	Yadavendra Reddy	52	M	son
	One Daughter Married			

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

BPL Card (Attach Card Copy) गरीबी रेखा के नीचे प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें)	EWS Certificate (Attach Certificate Copy) अन्य आय वर्ग प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें)	Ration Card (Attach Copy) उपभोगता कार्ड (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें)	Any Other Basis/Proof अन्य कोई साक्ष्य

"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE:

सहायता हेतु किसे क्या विनती का उद्देश्य:

Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached अस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई प्रतिवेदन सूची संलग्न
	DOV Right Eye
	RE - SICK + IOI

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 सी गई सहायता राशि
	B.W.L.E.H	


 0318 0318  
 Raghunath Raghunath  
 Reddy Reddy  
 pro op pasd op

**DECLARATION by APPLICANT (अर्शेदक द्वारा घोषणा पत्र)**

- 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 प्रारूप में दिये गये सभी विवरण मेरे ज्ञान की सबसे बेहतर जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई झूठा बयान या गलत जानकारी दी जायेगी तो मेरी आवेदन पत्र को या सहायता को खारिज/रद्द करने के लिए जिम्मेदार ठहराया जायेगा।
- 2) मैं घोषणा करता हूँ कि मैंने कभी भी "कोशिका फाउन्डेशन" से सहायता नहीं ली है, इसका उपयोग करने के लिए मेरी पुष्टि के बिना किसी भी अन्य स्रोत/नियोक्ता/बीमा कंपनी से या जो सहायता है और न ही भविष्य में लूँगा।
- 3) मैं पुष्टि करता हूँ कि मैंने सहायता हेतु या भविष्य में कोई भी सहायता, पूर्ण या आंशिक, किसी भी अन्य स्रोत/नियोक्ता/बीमा कंपनी से या जो सहायता है और न ही भविष्य में लूँगा।

**AGREEMENT by APPLICANT (अर्शेदक द्वारा करार)**

- 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/post-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.
- 1) इस प्रकार का अपने हस्ताक्षर या अंगूठे की छाप लगाकर, मैं (अर्शेदक) अपनी सहमति की पुष्टि करता हूँ एवं "कोशिका फाउन्डेशन और इसके न्यायोप" को अधिकृत करता हूँ कि मेरा नाम, पता, चोटों और जो विवरण इस प्रकार में घोषित है, उसे "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा, दूर, सामान्य दूरदर्शन से जुड़ी गतिविधियों और जानकारी के लिए किसी भी उपाय का उपयोग से प्रसारित करने के लिए अधिकृत है। मेरे द्वारा का विवरण मेरे इलाज के बारे में सच से करने के लिए "कोशिका फाउन्डेशन" से न्यायोप अधिकृत है।
- 2) मैं (अर्शेदक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, चोटों और विवरण को कि सहायता के उद्देश्यों से प्रसारित है इसके अलावा: सहायता का इस्तेमाल नहीं करता। इस सम्बंध में "कोशिका" द्वारा उसके न्यायोप का निर्णय अंतिम और बाध्यकारी होगा।

**APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION :**

अर्शेदक के हस्ताक्षर या अंगूठे का निम्न



**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 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.

हमारे अधिकृत, हस्ताक्षर की ओर से न्यायोप/रंगी को "कोशिका फाउन्डेशन" से वित्तीय सहायता हेतु सिफारिश की जाती है, जिसे हम (हस्ताक्षर) निम्न प्रकार से मान्य व स्वीकार करते हैं।

- 1) यह कि न तो वर्तमान और न ही भविष्य में वित्तीय सहायता किसी और सहायता स्रोत से किसी अन्य रोगी के लिए उपलब्ध होगी, जैसे कि हमने "कोशिका फाउन्डेशन" से सिफारिश/सिफारिश प्राप्त की सहायता में "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा प्राप्त हेतु कि है। यदि "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा सहायता किसी अनिच्छित/असहमत हेतु मंजूर नहीं किया जाता है तो अस्पताल किसी अन्य स्रोत से सहायता लेने का अधिकार सुरक्षित रहता है। इस पुष्टि में स्पष्ट कहा जाता है कि अस्पताल वित्तीय मदद प्राप्त करने/प्राप्त हेतु किसी भी सहायता स्रोत या किसी अन्य स्रोत से नहीं भेदभाव होगा।
- 2) "कोशिका फाउन्डेशन" से जो नई सहायता केवल वित्तीय प्रकृति की है। रोगी पर हस्ताक्षर द्वारा ही नई सहायता का निर्णय एवं उपचार/प्रक्रिया का चुनाव रोगी एवं हस्ताक्षर के बीच का विचार है और "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई दबाव नहीं है। इसलिये अस्पताल में रोगी को हस्ताक्षर सुरक्षा और सच करने की सभी जिम्मेदारियाँ रोगी एवं हस्ताक्षर की होंगी और "कोशिका" को कोई भी जिम्मेदारियाँ इस मामले में नहीं होंगी।

**RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE**

स्वीकृति के लिए संस्तुति

Date of Surgery  
ऑपरेशन की तारीख  
10/10/2018

*Dr. SHEETAL BALLAL*  
Consultant  
(Name of Dr. & Regd. No. with Stamp)  
B.W. Lions Super Speciality Hospital  
No. 3, Lions Eye Road, Bangalore - 560 002

*Jyothi Deepak*  
Jyothi Deepak  
(Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory)  
B.W. Lions Super Speciality Hospital  
No. 3, Lions Eye Road, Bangalore - 560 002

(OR) FOR INTERNAL USE OF KOSHIKA FOUNDATION

SIGNATURE of TRUSTEE 1  
न्यायोप हस्ताक्षर 1  
*[Signature]*

SIGNATURE of TRUSTEE 2  
न्यायोप हस्ताक्षर 2  
*[Signature]*