

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE
सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)
(स्वास्थ्य देखभाल)



APPLICATION No. : आवेदन संख्या : B/1018/0341

APPLICATION DATE : आवेदन तिथि 09/10/2018

NAME of APPLICANT : आवेदक का नाम Nagaraju

AGE-YEARS आयु-वर्ष 50 SEX लिंग M

FATHER'S/SPOUSE'S NAME : पिता/कटुम्भ का नाम Nagamani



0341 0341
Nagaraju Nagaraju
pre op post op

PRESENT RESIDENCE ADDRESS वर्तमान आवासीय पता

Ushukayalapeta, Tennavasi, Palani, Madurai

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS : स्थाई आवासीय पता

Pilai, 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 साक्ष्य संलग्न)

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 निशान लगायें)

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
	Sonath	20	M	Son
	Married 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) 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 किये गये विनती का उद्देश्य:

Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached अस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई प्रतिवेदन सूची संलग्न
	DOV Left Eye
	LE - 8168 + Tol

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

Sr. No. क्रम संख्या	NAME of OTHER SOURCE अन्य स्रोत का नाम	AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILED लिये गई सहायता राशि
	B.W.L.E.H	

DECLARATION by APPLICANT: आवेदन दान चरण पर:

- 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 यहाँ घोषणा करता हूँ कि इस प्रकरण में दिये गये सभी विवरण सही जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई विवरण सच नहीं माना जाय तो मेरी सहायता निरस्त की जा सकती है।
- 2) मैं यहाँ घोषणा करता हूँ कि "कोशिका फाउन्डेशन", से जो भी मदद मिले, उसका उपयोग केवल उचित चिकित्सा के लिए ही किया जाएगा, जो इस प्रकरण में माँगा गया है।
- 3) मैं यहाँ घोषणा करता हूँ कि मैंने कभी भी या भविष्य में कभी भी, किसी भी अन्य स्रोत/रोजगार/बीमा कंपनी से न तो मदद ले और न ही भविष्य में लूँगा।

AGREEMENT by APPLICANT (आवेदन दान चरण)

- 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 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 in this regard will be final and acceptable to me.
- 1) इस प्रकार या अपने हस्ताक्षर या अंगूठे की छाप लगाकर, मैं (आवेदक) अपने नाम को पुष्टि करता हूँ एवं "कोशिका फाउन्डेशन और इसके भरोदारों" को अधिकृत करता हूँ कि वे मेरा नाम, पता, फोटो और मेरे विवरण इस प्रकार में प्रयोग करें, जो "कोशिका" समूह द्वारा, दान, सहायता करने उद्देश्य से कृत्रीय विधियों और उपायों के लिए किसी भी प्रकार सहायता से प्रार्थना करने के लिए अधिकृत है। मेरे प्रकरण का निवारण मेरे हस्तगत के पत्रों या चर में करने के लिए "कोशिका फाउन्डेशन" व भरोदारों अधिकृत है।
- 2) मैं (आवेदक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण को बिना सहायता के उद्देश्यों से प्रयोग के लिए सहायता का हस्ताक्षर नहीं लगाया। इस सम्बंध में "कोशिका" समूह उपायों के लिए निर्णय अंतिम और सहायकारी होगा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION :

आवेदन के हस्ताक्षर या अंगूठे का निरूपण



AGREEMENT by HOSPITAL (हस्ताक्षर दान चरण)

- By affixing hereunder, signature of our Authorized 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 और से भरोदारों/रोगी 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 भी भरोदारों/संस्थान या किसी अन्य स्रोत से प्राप्त की जाएगी, जो हमें "कोशिका फाउन्डेशन" से प्राप्त करने के लिए माँगा गया है। यदि "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा सहायता निरस्त की जाती है, तो हमें सहायता के अभाव को भरने के लिए अन्य स्रोतों/संस्थानों से सहायता लेने का अधिकार सुरक्षित रहता है। इस पुष्टि में स्पष्ट किया जाता है कि अस्पताल वित्तीय सहायता के लिए अकेले ही उत्तरदायी होगा और "कोशिका" को कोई भी भूमिका या जिम्मेदारी इस मामले में नहीं होगी।
2. "कोशिका फाउन्डेशन" से जो भी सहायता प्राप्त वित्तीय प्रकृति की है। रोगी को हस्ताक्षर दान से भी सहायता से निरस्त करने का अधिकार सुरक्षित है और हस्ताक्षर के बीच का विवाद है और "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई भी हस्तगत नहीं है। इसलिए हस्ताक्षर में रोगी को इतना सुख और आराम देने का जहाँ जिम्मेदारी लेने एवं हस्ताक्षर की होगी और "कोशिका" को कोई भी भूमिका या जिम्मेदारी इस मामले में नहीं होगी।

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE

स्वीकृती के लिए संस्तुति

Date of Surgery ऑपरेशन की तारीख 10/10/2018	Dr. SHEETAL BALLAL Consultant (Name of Dr. & Regn. No. with Stamp) B.W. Lions Specialised Eye Hospital No. 5, Bannerghatta Road, Bangalore - 560 002	Iyothi Deepak Home, Designated Stamp of Authorised Signatory Lions Specialised Eye Hospital No. 5, Bannerghatta Road, Bangalore - 560 002
(OFF. J.C FOR INTERNAL USE OF KOSHIKA FOUNDATION)		जयपुरी रोड, बंगलूर - 560 002
SIGNATURE of TRUSTEE 1 भरोदा इलाख 1		SIGNATURE of TRUSTEE 2 भरोदा इलाख 2
		