

## **APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE**

## सहायता फेन्स आयोडन प्रारूप

## (Healthcare)

(स्वास्थ्य देखभाल)

APPLICATION No. : आवेदन संख्या : B/0319/0605	APPLICATION DATE : आवेदन तिथि 12-3-19	foundation Building block of life.		
NAME of APPLICANT : आवेदक का नाम Swendra	AGE-YEARS आयु-वर्ष 58	SEX सेंद्र 58		
FATHER'S/SPOUSE'S NAME : पिता/कनूम का नाम Sahadevaiyah	PRESENT RESIDENCE ADDRESS : वर्तमान आवासीय पता Yellamanda Venkatapalyam			
PERMANENT RESIDENCE ADDRESS : स्थान आवासीय पता Mandalam, Pejey Chilloor, A.P			0560 0560 Swendra Swendra Post Op Post Op	
OCCUPATION : जब्बासार Coolie	MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)			
TOTAL ANNUAL INCOME : कुल आर्थिक आय 35,000/-	(Attach Proof of Income) (आय का साक्ष संलग्न)			
PAN No. स्पाई क्रम संख्या	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
(1) Shiva	35	M	Son	
(2) Satya	30	M	Son	
BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable) सहायता के हिते विनामी आधार				
BPL Card (Attach Card Copy) गटीची रेखा के नीचे प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की लाग प्रति संलग्न करें)	EWS Certificate (Attach Certificate Copy) आप आप जारी प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की लाग प्रति संलग्न करें)	Ration Card (Attach Copy) उपभोक्ता कार्ड (प्रमाण पत्र की लाग प्रति संलग्न करें)	Any Other Basis/Proof अन्य कोई साक्ष	
"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE: सहायता हेतु हिते गये विनामी का उद्देश्य:				
Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached अस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई प्रतिवेदन सूची संलग्न			
(P)	Dov - Right Eye SICS +10L			
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		
BIBLEH				

**DECLARATION by APPLICANT:** आवेदक द्वारा संघर्षण करा:

- 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 संघर्षण करता हूँ कि इस प्राप्ति में लिखा गया जानकारी के अनुसार सभी एवं सही है। यदि ऐसे विषय एवं कारण मसाब चाहा जाता है तो मैं उसी संघर्षण नियम की ओर सही है।
- 2) मेरे द्वारा की सहायता की "कोशिका फाउंडेशन", से की जा रही है, उसका उपयोग उसी उद्देश्य के लिए किया जावेगा, जो इस प्राप्ति में दर्शाया गया है।
- 3) मैं पुष्टि करता हूँ कि लिखा सहायता हेतु मह प्राप्ति की गई है, उस दर्ता का अंतिम या अकाल हिस्सा किसी अन्य घोटनियोजक/वीच कम्पनी से न हो सकता है और वह ही भविष्य में होगा।

**AGREEMENT by APPLICANT (आवेदक द्वारा करा)**

- 1) By affixing my signature or thumb impression on this Form, I (Applicant) hereby agree & authorise Koshika Foundation and its 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 its 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 प्रत्यक्ष का अपने हस्ताक्षर या अंगठी की सूची सहायता की पुष्टि करता हूँ एवं "कोशिका फाउंडेशन और उसके नामांकों" को अधिकृत करता हूँ कि ये नाम, पता, फोटो और जीवनशैली इस प्रत्यक्ष में संघर्षण है, उसे "कोशिका" एवं नामांक, दर्शन, व्यापार एवं उद्देश्य से जुड़ी गतिविधियों और उद्देश्यों के लिए हिस्सी परीक्षण की जाएगी।
- 2) मैं (अंगठी) इस काल में सहायता हेतु किये गये चर्चा, चर्चा, चोटों और विशेष जैसे किया जाना के उद्देश्यों से प्रतीत है मुझे स्वतः सहायता का इकायर नहीं बनाता। इस सम्बन्ध में "कोशिका" एवं उसके नामांकों का नियंत्रण अंतिम और बायकारी होगा।

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

आवेदक के हस्ताक्षर या अंगठी का लिखान

**AGREEMENT by HOSPITAL (हस्ताक्षर द्वारा करा)**

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:

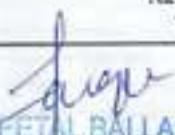
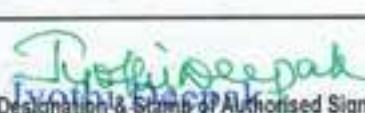
- 1) that we neither are presently nor will in future avail of financial assistance from another NGO or any other source, for the same patient/case, as we are requesting to get from Koshika Foundation, to the extant that such assistance is granted by Koshika Foundation. If the requested assistance is 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.

इसके अधिकृत, हस्ताक्षरी की ओर से यापने/दोहराए की "कोशिका फाउंडेशन" से वित्तीय सहायता हेतु लिपिग्राही की जाती है, जिसे इन (हस्ताक्षर) लिख प्रकार से मान्य व सहीकृत करते हैं।

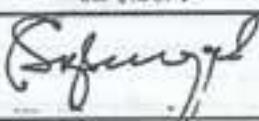
- 1) यह कि न तो अधिकारी और न ही भविष्य में वित्तीय सहायता किसी भी संस्थानी संस्थान या किसी अन्य संस्थान से उक्त दोहराएँ/दोहराएँ में संमेलन से जुड़े हैं, जैसे कि इसके "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा ग्रहित हुए कि है। यदि "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा सहायता विनियोगी अंतिम/संकलन हेतु मन्तुर नहीं किया जाता है तो असमानता किसी अन्य और संस्थानी संस्थान या किसी अन्य संस्थान से सहायता सेने का अधिकार सुनिश्चित रखता है। इस पृष्ठे में लिख कहा जाता है कि असमानता द्वितीय मन्त्र उक्त दोहराएँ/दोहराएँ हेतु किसी और संस्थानी संस्थान या किसी अन्य संस्थान से नहीं होगी।

- 2) "कोशिका फाउंडेशन" से ली एवं सहायता के बारे विवर इकृति की है। योगी पर हस्ताक्षर द्वारा दी गई मसाब या किये गये उपकार/प्रक्रिया का चुनौत एवं एवं हस्ताक्षर के बीच का विवर है और "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई दबाव नहीं है। इसलिये हस्ताक्षर में योगी के हस्ताक्षर सुनाया और आने जाने की साथी लिपेदारी योगी एवं हस्ताक्षर की होती और "कोशिका" को कोई भूमिका या लिपेदारी इस मामले में नहीं होती।

**RECOMMENDED FOR ACCEPTENCE  
स्वीकृती के लिए संमति**

Date of Surgery अपरिवर्तन की तारीख <i>18-3-2019</i>	 <b>Dr. SHEETAL BALLAL</b> (Name of Dr. & Regd. No./With Stamp) KM डॉक्टर बालल कॉम्प्लेक्स नं. ३	 <b>B.W. Liu</b> (Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory on behalf of Hospital)
FOR INTERNAL USE of KOSHICA FOUNDATION      आनंदीक उपयोग के लिए लोन्स आइकॉलोजी विलेज, लोन्स आइकॉलोजी, बॉम्बे रोड, बॉम्बे, बॉम्बे - 560 002		

**SIGNATURE of TRUSTEE 1**  
नामी हस्ताक्षर ।



**SIGNATURE of TRUSTEE 2**  
नामी हस्ताक्षर ।

