

H1968

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE
सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)
(स्वास्थ्य देखभाल)

APPLICATION No.:

B 8219 186

APPLICATION DATE: 8/1/19

NAME of APPLICANT:

आवेदक का नाम

P. Narayana Reddy

AGE-YEARS वय-वर्ष 55
SEX सिंग

FATHER'S/SPOUSE'S NAME:

पिता/कपुण्य का नाम

R. N. Reddy

PRESENT RESIDENCE ADDRESS स्थान आवासीय स्थान

Ustakayalapenta Yerapuliyam Mandalam

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS: स्थाई आवासीय स्थान

Pilamchitton District Andhra Pradesh.

OCCUPATION:

Painter

MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)

TOTAL ANNUAL INCOME:

कुल वार्षिक आय 10,000/-

(Attach Proof of Income)
(आप का साध्य संलग्न)

PAN No. स्थाई खाता संख्या

ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable):
क्या आप आप कर दाता है (जो मान्य हो उस पर मही का निशान साझें)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 सिंग | Relation with Applicant आवेदक के साथ सम्बन्ध |
|------------------------|---|----------------------------|----------------|---|
| 1 | Marisha | 37 | f | daughter |
| 2 | Shriya | 34 | f | daughter |
| 3 | Ninsha | 31 | f | daughter |
| | | | | |

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

| BPL Card (Attach Card Copy) गरीबी रेखा के नीचे प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की साथ प्रति संलग्न करें) | EWS Certificate (Attach Certificate Copy) अल्प वय की प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की साथ प्रति संलग्न करें) | Ration Card (Attach Copy) उपभोक्ता कार्ड (प्रमाण पत्र की साथ प्रति संलग्न करें) | Any Other Basis/Proof अन्य कोई साक्ष |
|--|--|--|--|
| | | | |

"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE:

सहायता हेतु किये गये विनाश का उद्देश्य:

| Sr. No. क्रम संख्या | Medical Reports/Prescriptions Attached अस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई आवेदन सूची संलग्न |
|------------------------|--|
| | DOV - Right Eye |
| | RE |
| | NICD + 101 |
| | |

ASSISTANCE BEING AWAILED 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 AWAILED ही गई सहायता राशी |
|------------------------|---|---|
| | BiWTEH | |
| | | |
| | | |
| | | |

Koshika
foundation
Building block of life



0061 0061
P. Narayana Reddy
PreOp Post Op

DECLARATION by APPLICANT: अधिकारक द्वारा घोषिता 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 प्रत्यक्ष करता हूँ कि इस प्रकाश में दिये गये वाले विवरण में उल्लिखित को जनकारी के अनुसार सत्य एवं सही है। यदि कोई विवरण एवं कथन असत्य या जात है तो मेरी सहायता निवारण की जा सकती है।

2) मैं इस जो सहायता दिया "कोशिका फाउंडेशन", से भी नहीं चाहता हूँ, उसका उपयोग उसी उद्देश्य की दृष्टि के तहत किया जाएगा, जो इस प्रकाश में चाहा गया है।

3) मैं पुष्ट करता हूँ कि विवरण मान्यता हेतु यह प्रबंधन की गई है, उस प्रीति का अधिकार या सहायता दिया जाना अवश्य योग्य/व्यापक कामी से न हो लिया है और न हो परिवर्ष में चूँगा।

AGREEMENT by APPLICANT (अधिकारक द्वारा करार)

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 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 प्रकाश पर अपने हस्ताक्षर या झोटे की छाप सहायता, मैं (अधिकारक) अपनी सहायता की पुष्ट करता हूँ एवं "कोशिका फाउंडेशन और उसके न्यायों" को अधिकृत करता हूँ कि मेरा नाम, पोस्ट, और जो विवरण इस प्रकाश में दीखिया है, उसे "कोशिका" एवं नाम, दाता, वाक्यावच दूसरे उद्देश्य से उद्दीपितायां और उपलब्धियों के तहत किसी भी प्रसार साथ्यमें प्राप्तान्ति करने के लिए अधिकृत है। ये प्रत्येक वाले विवरण में इसके बाद में करते हैं ताकि "कोशिका फाउंडेशन" व न्यायी अधिकृत है।

2) मैं (अधिकारक) इस जात से सहायता हूँ कि मेरा नाम, पोस्ट, फोटो और विवरण जो कि सहायता के उद्देश्यों से प्राप्तिहार्ता हैं, उसे स्वतः सहायता का हकदार नहीं बताता। इस सम्बन्ध में "कोशिका" एवं उसके न्यायों का निर्णय अधिकृत और बाध्यकारी होगा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION :

अधिकारक के हस्ताक्षर या झोटे का निराकार

DR. RACHEL JOSEPH

AGREEMENT by HOSPITAL (हस्ताक्षर 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 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.

इसी अधिकृत हस्ताक्षरी की अंत में सहायतेहोरी को "कोशिका फाउंडेशन" से विविध सहायता हेतु दिया जाता है, जिसे हम (हस्ताक्षर) पिंग प्रकाश से बन्द व स्वीकार करते हैं।

1) यह कि न हो कोई नया और न हो अधिकृत में विविध सहायता दियी गई सहायताएँ संभवान् या किसी अन्य स्तर से उक्त दोस्री/यादी में संगें या ले रहे हैं, ऐसे कि हमने "कोशिका फाउंडेशन" से विविध विविध उक्त दोस्रे को सहायता में "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा दिया जाता है। यदि "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा सहायता दिया जाता है तो अस्पताल किसी अन्य और सरकारी संस्थान या किसी अन्य संस्थान से सहायता ले रहे का अधिकार सुनिश्चित रखता है। इस पुष्ट में स्पष्ट करा जाता है कि अस्पताल द्वितीय मरम उक्त दोस्री/यादी हेतु किसी और सरकारी संस्थान या किसी अन्य साधन से नहीं संस्थापित होती।

2. "कोशिका फाउंडेशन" से भी गई सहायता केवल विविध प्रकृति की है। ऐसी पर हस्ताक्षर या किसी दोस्री विविध कार्यकारी विविध का उपकारणीयता का चुकाव देवी एवं हस्ताक्षर के बीच का विवर है और "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई दस्तावेज़ नहीं है। इसकिये हस्ताक्षर में ऐसी के हस्ताक्षर सुधार और अनें जाने की साथी विवेद्यता देने स्वरूप हस्ताक्षर को होती और "कोशिका" की कोई भूमिका या विवेद्यता इस सम्बन्ध में नहीं होती।

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE

अधिकृती के लिए संस्कृति

Jyothi Deepak

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

B.W. Lions Super Speciality Eye Hospital
B.W. Lions Eye Hospital Road
Opposite B.W. Lions Eye Hospital Road

Opposite B.W. Lions Eye Hospital Road, Bangalore - 560 002

SIGNATURE of TRUSTEE 1

न्यायी हस्ताक्षर 1

SIGNATURE of TRUSTEE 2

न्यायी हस्ताक्षर 2

Rachel Joseph

Jyoti Deepak