

41986

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE
सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)
(स्वास्थ्य देखभाल)

APPLICATION NO.:

आवेदन संख्या : B/0519/0021

APPLICATION DATE : 8/5/19
आवेदन तिथि :

NAME of APPLICANT : आवेदक का नाम

T. Vasanthamma

AGE-YEARS : आयु-वर्ष

60

SEX : लिंग

F

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

Nagi Reddy

PRESENT RESIDENCE ADDRESS : वर्तमान आवासीय पता

Kolhapatti Piter Handalam Chittoor Dist

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS : स्थान आवासीय पता

Pilon chittoor Dist Andhra pradesh

OCCUPATION : अवसाय

House wife

MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)

TOTAL ANNUAL INCOME :

कुल वार्षिक आय

42,000/- [Family Income]

(Attach Proof of Income)
(आय का साक्ष संलग्न)

PAN No. स्थाई स्थान संख्या

ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable):

मम्मा आप आय कर रहा है (जो जान्य हो डेस पर मम्मी का विवास 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
①	Eswara Reddy	35	M	son
②	Vaga Lakshmi	30	F	daughter

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

BPL Card (Attach Card Copy) गटीवी रेखा के नीचे प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की साथ प्रति संलग्न करें)	EWS Certificate (Attach Certificate Copy) अल्प आय की प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की साथ प्रति संलग्न करें)	Ration Card (Attach Copy) उपरोक्त कार्ड (प्रमाण पत्र की साथ प्रति संलग्न करें)	Any Other Basis/Proof अन्य कोई साध्य

"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE:

सहायता हेतु किये गये विनियोग का उद्देश्य:

Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached अस्पताल/डॉक्टर से लाई की गई प्रतिवेदन सूची संलग्न
②	OOU - Right Eye SICS + IOL

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 स्रोत द्वारा दिया गया सहायता का मात्रा
	BWLH	

Koshika
foundation

Building block of life.



0071 0071
T. Vasanthamma T. Vasanthamma
Pre Op Post Op

DECLARATION by APPLICANT: अप्पेलेंट का प्राप्त संकेत यथा:

- 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 संकेत करता हूं कि इस प्रकार मेरे सभी विवरण मेरी स्थानादी के अनुसार सच्च एवं सती हैं। परं कोई विवरण एवं कारब्र असाध याता है तो मेरी सहायता विस्तृत की जा सकती है।
- 2) मेरे हाथ के सामग्री याते "कोशिका फाउंडेशन", मेरी जांच होती है, उसका उपयोग आम उद्देश्य की पूर्ति के लिये विवाह जल्दी, जो इस प्राप्ति में भाग नहीं है।
- 3) मैं अनुमति करता हूं कि विवाह सहायता हेतु यह प्राप्ति की गई है, उस दौरी का व्यावधान या सकारा विस्तृत विस्तृत अन्य घोषित स्थानों/स्थानों का उपयोग में न तो लिया है और न ही साथमें लिया है।

AGREEMENT by APPLICANT (अप्पेलेंट का हाथ करन)

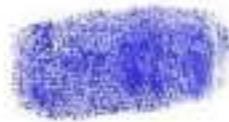
1) By affixing my signature or thumb impression on this Form, I (Applicant) hereby agree & authorise Koshika Foundation and its Trustees to use/publish/put-up/reproduce my name, address, photo & details of the "purpose", for which such assistance is requested/granted, through any medium, including but 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 प्राप्ति से अपने हास्पताल या अस्पताल की ओर सहायता की पुष्टि करता हूं एवं "कोशिका फाउंडेशन और उसके स्थानीयों" को अधिकृत करता हूं कि मेरे नाम, जोड़े और जो विवरण इस प्राप्ति में घोषित है, उसे "कोशिका" एवं नामी, दान, स्थानादी द्वारा उद्देश्य में लुढ़ी गयीकरितायों और उपलब्धियों के लिये विद्युतीय प्रसार सहायता में प्रयोगित करते हैं लिए अधिकृत हैं। मेरे प्रयत्न का विवरण मेरी इतनां के पहले या बाद मेरे कारने के लिए "कोशिका फाउंडेशन" व न्यायी अधिकृत है।
- 2) मैं (अप्पेलेंट) इस बात से सहमत हूं कि येरा नाम, जात, जोड़े और विवरण येरे कि सहायता के उद्देश्यों से जारी है तुम्हें स्वतः सहायता का हकदार नहीं बनता। इस सम्बन्ध में "कोशिका" एवं उसके स्थानीयों का विनाय अंतिम और बास्तविक होगा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION :

अप्पेलेंट के हास्पताल या अस्पताल का विचार



AGREEMENT by HOSPITAL (हास्पताल हाथ करन)

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 & its outcome & safety of the patient, and Koshika Foundation will have no role or responsibility in the matter.

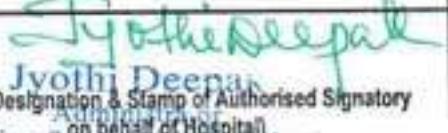
इसपर अधिकृत, हास्पताली की ओर से नामांगयी को "कोशिका फाउंडेशन" से विविध सहायता हेतु सिफारिश की जाती है, जिसे हम (हास्पताल) निम्न प्रकार से मन्त्र व स्वीकार करते हैं।

1) यह कि न हो वार्ताएं और न हो अधिकृत में विविध सहायता विद्युतीय वा स्थानादी संस्थान से किसी अन्य स्थान से लेने या ले रहे हैं, जिसे कि हमने "कोशिका फाउंडेशन" से विविध/विनियोग उठाने के सम्बन्ध में "कोशिका फाउंडेशन" हाथ नदर हेतु किया है। परं "कोशिका फाउंडेशन" हाथ सहायता विनियोग अधिकारी/स्थानीय अधिकृत हेतु मन्त्र वही किया जाता है तो मन्त्रालय किसी अन्य नैति संस्थान या किसी अन्य संस्थान से सहायता लेने का अधिकार युक्ति रखता है। इस पूर्व में स्वतः कहा जाता है कि अस्पताल डिरीज यदर उस रैगी/स्थानीय स्थान से होती होगी।

2) "कोशिका फाउंडेशन" से ली गई सहायता को यहाँ विविध प्रकृति की है। येरी पर हास्पताल हाथ री गई गाल या छिपे गये उत्तराधार्किय का चुचाय येरी एवं हास्पताल के द्वाया का विषय है और "कोशिका फाउंडेशन" हाथ किसी प्रकार का अन्य दायर नहीं है। इसलिये हास्पताल में येरी के स्वास्थ सुखाव और अन्य जांच या लारी विमेन्हारी येरी एवं हास्पताल को होती है और "कोशिका" की कोई प्रमिल या विमेन्हारी इस घासते में नहीं होती।

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE

स्वीकृती के लिए संस्थानि

Date of Surgery अंग्रेजी की तारीख 8/5/19	 Dr. Radha Jaiswal (Name of Dr. & Regn. No. with Stamp) हास्पताल का नाम व हस्ताक्षर व दाता न.	 Jyothi Deepal (Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory on behalf of Hospital), B.W. Lions Eye Hospital No. 5, 1st Floor, 100ft Road, Bangalore - 560 001.
--	---	--

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION

अन्तर्भूत उपयोग हेतु

SIGNATURE of TRUSTEE 1 नामी हस्ताक्षर 1	SIGNATURE of TRUSTEE 2 नामी हस्ताक्षर 2
