

50328

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

(Healthcare)  
(स्वास्थ्य देखभाल)

**Koshika**  
foundation  
Building block of life

APPLICATION No.: B/1119/512 APPLICATION DATE: 6/11/19  
आवेदन संख्या: आवेदन तिथि

NAME of APPLICANT: T. Narayanaamma AGE-YEARS 60 SEX F  
आवेदक का नाम

FATHER'S/SPOUSE'S NAME: Venkataramana  
पिता/कटुम्ब का नाम

PRESENT RESIDENCE ADDRESS वर्तमान आवासीय पता

Kadapa Road, Piler Town,

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS स्थाई आवासीय पता

Piler, Chittoor Dist., Andhra Pradesh.

OCCUPATION: House wife  
व्यवसाय

MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)

TOTAL ANNUAL INCOME: 40,000/- [Family Income] (Attach Proof of Income)  
कुल वार्षिक आय (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 लगाएँ)

Yes / हो  
No / नहीं

**FAMILY DETAILS परिवार विवरण**

| Sr. No.<br>क्रम संख्या | Name of Family Member<br>परिवार के सदस्यों का नाम | Age (Years)<br>उम्र (वर्ष) | Gender<br>लिंग | Relation with Applicant<br>आवेदक के साथ सम्बन्ध |
|------------------------|---------------------------------------------------|----------------------------|----------------|-------------------------------------------------|
| 1                      | Pranita                                           | 40                         | f              | daughter                                        |
| 2                      | Vasundra                                          | 38                         | f              | daughter                                        |
| 3                      | Ratnakar Reddy                                    | 36                         | M              | son                                             |
| 4                      | Gowardhan Reddy                                   | 34                         | M              | son                                             |

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

|                                                                                                                    |                                                                                                                            |                                                                                                  |                                                  |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------|
| <b>BPL Card</b><br>(Attach Card Copy)<br>गरीबी रेशा के नीचे प्रमाण पत्र<br>(प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें) | <b>EWS Certificate</b><br>(Attach Certificate Copy)<br>अल्प आय वर्ग प्रमाण पत्र<br>(प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें) | <b>Ration Card</b><br>(Attach Copy)<br>उपभोक्ता कार्ड<br>(प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें) | <b>Any Other Basis/Proof</b><br>अन्य कोई साक्ष्य |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------|

**"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE:**  
सहायता हेतु किये गये विनती का उद्देश्य:

| Sr. No.<br>क्रम संख्या | Medical Reports/Prescriptions Attached<br>अस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई प्रतिवेदन सूची संलग्न |
|------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------|
|                        | DOV                                                                                          |
|                        | Right Eye                                                                                    |
|                        | 813 + 101                                                                                    |

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

| Sr. No.<br>क्रम संख्या | NAME of OTHER SOURCE<br>अन्य स्रोत का नाम | AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILED<br>लेई गई सहायता राशि |
|------------------------|-------------------------------------------|----------------------------------------------------------|
|                        | BWH                                       |                                                          |



0512 T. Narayanaamma Post.op  
0512 T. Narayanaamma Pre.op

**DECLARATION by APPLICANT: आवेदक द्वारा घोषणा यह:**

- 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 मेरी जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई विवरण एवं कथन असत्य पाया जाता है तो मेरी सहायता निरास की जा सकती है।
- 2) मैं इससे घोषणा करती हूँ कि "कोशिका फाउन्डेशन", से सहायता प्राप्त की जा रही है, इसका उपयोग उन्ही उद्देश्य को पूर्ण करने के लिए किया जाएगा, जो इस प्रारूप में बतल गया है।
- 3) मैं पुष्टि करता हूँ कि जिस सहायता हेतु यह प्रार्थना की गई है, उस राशि का अधिक या घटकर विपदा किसी अन्य सोशल/मिडिकल/बीमा कम्पनी से न हो सके है और न ही भविष्य में होए।

**AGREEMENT by APPLICANT (आवेदक 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 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 प्रारूप पर अपने हस्ताक्षर या अंगूठे की छाप लगाकर, मैं (आवेदक) अपनी सहमति को पुष्टि करता हूँ एवं "कोशिका फाउन्डेशन और उसके 'व्यक्तियों' " को अधिकृत करता हूँ कि वे मेरा नाम, पता, फोटो और जो विवरण इस प्रारूप में घोषित है, उसे "कोशिका" एनएम न्यूज, रन, पावरपॉइंट दूसरे उद्देश्य से जुड़ी गतिविधियों और उपलब्धियों के लिए किसी भी प्रसार माध्यम से प्रसारित करने के लिए अधिकृत है। मेरे प्रारूप का विवरण मेरे इलाज के पहले या बाद में करने के लिए "कोशिका फाउन्डेशन" व जारी अधिकृत है।
- 2) मैं (आवेदक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण जो कि सहायता के उद्देश्य से प्रेषित है पूर्णतः सहायता का इकाया नहीं बनता। इस सम्बंध में "कोशिका" एनएम उसके व्यक्तियों का निर्णय अंतिम और बाध्यकारी होगा।

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

आवेदक का हस्ताक्षर या अंगूठे का निशान

**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 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.

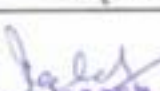
हमारे अधिकृत, हस्ताक्षर को और से समर्थन/पैरेंट को "कोशिका फाउन्डेशन" से वित्तीय सहायता हेतु सिफारिश की जाती है, जिसे हम (हस्पताल) निम्न प्रकार से मान्य व स्वीकार करते हैं।

- 1) यह कि न तो वर्तमान और न ही भविष्य में वित्तीय सहायता किसी भी सरकारी संस्था या किसी अन्य स्रोत से इसका पैरौ-पायले में लेने या ले रहे हैं, जैसे कि हमने "कोशिका फाउन्डेशन" से सिफारिश/विधि उक्त के सम्बंध में "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा पदर हेतु कि है। यदि "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा सहायता वित्तीय अधिकार/सफल हेतु मन्सूर नहीं किया जाता है तो हस्पताल किसी अन्य सरकारी संस्था या किसी अन्य संस्थापन से सहायता लेने का अधिकार सुरक्षित रहता है। इस पृष्ठ में स्पष्ट कहा जाता है कि हस्पताल वित्तीय पदर उक्त पैरौ-पायले हेतु किसी भी सरकारी संस्था या किसी अन्य साधन से नहीं लेगा/लेगी।

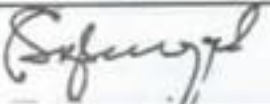
2. "कोशिका फाउन्डेशन" से लेी गई सहायता केवल वित्तीय प्रकृति की है। ऐसी पर हस्पताल द्वारा दी गई सलाह या किये गये उपचार/प्रक्रिया का चुनाव ऐसी एवं हस्पताल के बीच का विषय है और "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई दबाव नहीं है। इसलिए हस्पताल में ऐसी के इलाज सुरक्षा और अपने करने की सारी जिम्मेदारी ऐसी एवं हस्पताल को होती और "कोशिका" को कोई धुंधला या जिम्मेदारी इस मामले में नहीं होती।

**RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE**

स्वीकृति के लिए संसुति

|                                               |                                                                                                                                                                                                                    |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |
|-----------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Date of Surgery<br>ऑपरेशन की तारीख<br>6/11/19 | <br><b>Dr. Rachel Joseph</b><br>(Name of Dr. & Regd. Hospital Stamp)<br>डॉक्टर का नाम व हस्पताल का स्टंप<br>KMC Regd. No. 53467 | <br><b>Jyothi Deepak</b><br>(Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory on behalf of Hospital)<br>डॉ. व. लिंग साहू<br>B.W. Ling Sahoo, M.D., F.R.C.S. (C)<br>No. 5, Lions Eye Hospital Road<br>Off. J.C. Road, Bangalore - 560 002 |
|-----------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|

**FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION**

|                                                                                     |                                                                                      |
|-------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------|
| SIGNATURE of TRUSTEE 1<br>न्यासी हस्ताक्षर 1                                        | SIGNATURE of TRUSTEE 2<br>न्यासी हस्ताक्षर 2                                         |
|  |  |