

53086

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE

सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)

(स्वास्थ्य देखभाल)

Koshika
foundation

Building block of life.

APPLICATION No. :

आवेदन संख्या :

B/0120/0583

APPLICATION DATE :

आवेदन तिथि

8/1/2020

NAME of APPLICANT :

आवेदक का नाम

magbul sab

AGE-YEARS आयु-वर्ष

SEX लिंग

64

M

FATHER'S/SPOUSE'S NAME :

पिता/कटुस्थ का नाम

S. Reddy Sab

PRESENT RESIDENCE ADDRESS वर्तमान आवासीय पता

641, Railway Gate, Piler Town,

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS स्थाई आवासीय पता

Piler, Chittoor Dist, Andhra Pradesh.

OCCUPATION :

व्यवसाय

Security Guard

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 चुकाते हैं (जो मान्य हो उस पर सही का निशान लगाएं)

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.	Syed Bashir	46	male	Son
2	Saibaba	40	Female	Daughter
3.	Nasreena	38	Female	Daughter

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) उपभोगिता कार्ड (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें)	Any Other Basis/Proof अन्य कोई साक्ष्य
---	---	---	--

"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE:

सहायता हेतु किसे गये विनती का उद्देश्य:

Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached अस्मिता/डॉक्टर से जारी की गई प्रतिवेदन सूची संलग्न
	DOV
	L.E Left Eye
	STCS + TOL

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 ली गई सहायता राशी
	BWLEH	



Pre OP
0583
magbul
sab

Post OP
0583
magbul
sab

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 सोचता करता हूँ कि इस प्रश्न में दिये गये सभी विवरण यों ही जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही है। यदि कोई विवरण एवं कथन असत्य पाया जाता है तो मेरी संभावना निरस्त की जा सकती है।
- 2) मेरे द्वारा जो संभावना प्रति "आधुनिक फाइनोथेन", से ली जा रही है, उसका उपयोग उसी उद्देश्य को पूर्ण करने के लिये किया जायेगा, जो इस प्रश्न में पूछा गया है।
- 3) मैं पुनः करता हूँ कि बिना संभावना हेतु यह प्रश्न की गई है, उस प्रति का आशिक या सकल विस्तार किसी अन्य प्रोटोनिनोबक/वीया कम्पले से न हो लिया है और न ही परिधि में लीया।

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 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 प्रश्न पर अपने हस्ताक्षर या नामों को स्पष्ट लगाकर, मैं (आवेदक) अपनी जायगी को पुष्टि करता हूँ एवं "कोशिका फाउंडेशन और उसके न्यासीयों" को अधिकृत करता हूँ कि वे मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण इस प्रश्न में घोषित है, उसे "कोशिका" एबम् न्यासी, दान, वाचना/या मुझे उत्तरदाय से जुड़ी गतिविधियों और उपस्थितियों को तिर्ये किसी भी प्रकार माफ़ण से प्रभावित करने के लिए अधिकृत है। मेरे प्रश्न का विवरण मेरे हस्ताक्षर के पहले या बाद में करने के लिए "कोशिका फाउंडेशन" व न्यासी अधिकृत है।
- 2) मैं (आवेदक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण जो कि साक्षात्कार के उत्तरों में प्रेषित है मुझे स्वतः साक्षात्कार का हकदार नहीं बनाता। इस सम्बंध में "कोशिका" एबम् उसके न्यासीयों का निर्णय अंतिम और बाध्यकारी होगा।

આવેદન બે હસ્તાક્ષર થા બંદુકે થા નિશાન



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

इन्हें अश्विनी, ज्येष्ठार्द्रा की ओर से चलते/गए को "काशिका सप्तमेरात्र" से विविध सहायक हेतु सिफारिश की जाती है, जिसे हम (हस्तशाला) फिम प्रकार से धान्य व सटीकर करते है।

- 1) यह कि व हो मान्य और न हो परिणाम में विविध संभाव्यता किसी भी सरकारी संस्थान या किसी अन्य स्त्रोत से उठा रोपे/भगने में लगे या से रहे है, जैसे कि हमने "कोशिका फाउन्डेशन" से शिक्षण/शिक्षित उन्नत के प्रान्त में "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा मरने हेतु कि है। यदि "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा संभाव्यता निम्न अवस्था/संभवत हेतु मन्त्रु या कि या जहाँ है तो असम्भल किसी अन्य भी सरकारी संस्था या किसी अन्य संस्थापन से सहमत लेने या अधिकार सुरक्षित रहता है। इस पृष्ठ में स्पष्ट कहा जाता है कि असम्भल द्वितीय मरने उठा रोपे/भगने हेतु किसी भी सरकारी संस्था या किसी अन्य संस्थापन से नहीं लेता/लेगी।
2. "कोशिका फाउन्डेशन" से ही यह संभाव्यता केवल विविध प्रकृति की है। रोपे पर इत्यन्तल द्वारा ही यह संस्था या किने गये उपचार/प्रक्रिया का चुनाव रोपी एवं इत्यन्तल के बीच का विषय है और "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई रचना नहीं है। इसलिए इत्यन्तल में रोपी के इत्यन्तल सुरक्षा और अपने जाने की सारी जिम्मेदारी रोपी एवं इत्यन्तल को होगी और "कोशिका" को कोई भूमिका या जिम्मेदारी इस मामले में नहीं होगी।

स्वीकृती के लिए संसृति

Date of Surgery ऑपरेशन की तारीख 8/1/2020	Dr. RACHEL JOSEPH (Name of Dr. & Regn. No. with Stamp) डॉक्टर का नाम व हस्ताक्षर व मुहर व	Iyothi Deepak (Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory) on behalf of Hospital B.W. Lion's Super Speciality Eye Hospital No. 8, Lion's Eye Hospital Road Off: J.C. Road, Bangalore - 560 002
FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION		
SIGNATURE of TRUSTEE 1 न्यासी हस्ताक्षर 1	SIGNATURE of TRUSTEE 2 न्यासी हस्ताक्षर 2	
		