

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE

सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)

(स्वास्थ्य देखभाल)

Koshika
foundation

Building block of life

APPLICATION No.: आवेदन संख्या: B/0718/0178		APPLICATION DATE: आवेदन तिथि: 03/07/2018	
NAME of APPLICANT: आवेदक का नाम: Ramaraju		AGE-YEARS आयु-वर्ष: 80	SEX लिंग: M
FATHER'S/SPOUSE'S NAME: पिता/कटुम्भ का नाम: obularaju			
PRESENT RESIDENCE ADDRESS वर्तमान आवासीय पता: #1/1, Kalavayakunta, Rayachutli mandhara			
PERMANENT RESIDENCE ADDRESS स्थाई आवासीय पता: Piler, Chittoor dist, Andhra Pradesh			
OCCUPATION: व्यवसाय: unemployed		MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित):	
TOTAL ANNUAL INCOME: कुल वार्षिक आय: 40,000 (family income)		(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 दाता हैं (जो मान्य हो उस पर सही का चिह्न लगावे): Yes / No हाँ / नहीं			
FAMILY DETAILS परिवार विवरण			
Sr. No. क्रम संख्या	Name of Family Member परिवार के सदस्य का नाम	Age (Years) उम्र (वर्ष)	Gender लिंग
	Jayachandrababu	35	M
	Two Daughters Married		
BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable) सहायता के लिये विनति आधार			
BPL Card (Attach Card Copy) गरीबी रेशा के नीचे प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें)	EWS Certificate (Attach Certificate Copy) अन्य आय वर्ग प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें)	Ration Card (Attach Copy) उपभोक्ता कार्ड (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें)	Any Other Basis/Proof अन्य कोई साक्ष्य
"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE: सहायता हेतु किये गये विनती का उद्देश्य:			
Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached अस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई प्रक्रियेदन सूची संलग्न		
	DOV Right Eye		
	RE-RTES + 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 जो गई सहायता राशी	
	B.W. L.E.H		



0178 0178
Ramaraju Ramaraju
Proc op post op

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.

- AGREEMENT by APPLICANT (सहितक पत्र ककल)

2) ये (आवेदक) इस बात से साबित हैं कि वेग चम, पात, फाँटी और विचार जो कि साधना के उद्देश्यों से प्रेरित हैं, गुप्त रखें; साधना का इकट्ठा नही बनाते। इस सम्बंध में "कोशिका" एवम उसके व्यक्तियों का विशेष अंतिम और बाध्यकारी होगा।

आवेदक को हुम्नाक्षर या अंगुली का निशान



AGREEMENT by HOSPITAL (एम्पुल डाक्ट)

2. "बोशिका फायनॅशन" से जो र्थ सहायता को प्राप्त किया जा रहा है। ऐसे पर हमसाल द्वारा भी र्थ सहायता या किसी अन्य उपकार/प्रशिक्षण का चुनाव ऐसी एवं हमसाल को बीच का विकल्प है और "बोशिका फायनॅशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई दायज नहीं है। इसलिए हमसाल में ऐसी के इलाज सुझा और जाने जाने की सारी जिम्मेदारियाँ ऐसी एवं हमसाल को होंगी और "बोशिका" को कोई शुल्क या जिम्मेदारियाँ इस मामले में नहीं होंगी।

स्वीकृती के लिए संस्तुति

Date of Surgery अतिरिक्त को लॉन्ग 04/07/2018	Dr. SHEETAL BALLAL Consultant (Name of Dr. & Regn. No. with Stamp) B.W. Lions Super Speciality Eye Hospital No. 5, 1st Floor, 1st Main Road, 1st Cross, 1st Stage, 1st Block, 1st Phase, 1st Section, 1st Colony, 1st Locality, 1st Area, 1st Zone, 1st District, 1st State, 1st Country FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION	Dr. Gayatri Krishna (Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory) Administrative Officer B.W. Lions Super Speciality Eye Hospital No. 5, 1st Floor, 1st Main Road, 1st Cross, 1st Stage, 1st Block, 1st Phase, 1st Section, 1st Colony, 1st Locality, 1st Area, 1st Zone, 1st District, 1st State, 1st Country Off: 1, C. Road, Bangalore - 560002
	SIGNATURE of TRUSTEE 1 न्यासी हस्ताक्षर 1 	SIGNATURE of TRUSTEE 2 न्यासी हस्ताक्षर 2 