

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE

सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)

(स्वास्थ्य देखभाल)

Koshika
foundation

Building block of life.

APPLICATION No. :

आवेदन संख्या :

B/1018/0322

APPLICATION DATE :

आवेदन तिथि

09/10/2018

NAME of APPLICANT :

आवेदक का नाम

Papaiah Naidu V

AGE-YEARS आयु-वर्ष

60

SEX लिंग

M

FATHER'S/SPOUSE'S NAME :

पिता/सहोदर का नाम

Palhi Naidu

PRESENT RESIDENCE ADDRESS वर्तमान आवासीय पता

Thirupathi Road, Pilem Town, Pilem,

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS स्थायी आवासीय पता

Chittoor Dist, Andhrapradesh

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. स्थायी 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 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
	Dileep kumar	32	M	son

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) आय आय वर्ग प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें)	Ration Card (Attach Copy) उपभोक्तृ 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 अस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई प्रतिवेदन सूची संलग्न
	DOV Right Eye
	RE - STC & 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 लगे गई सहायता राशी
	B.W.L. E.H	



0322 0322
Papaiah Papaiah
Naidu Naidu
Post 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, or the amount for which this assistance is requested.

- 1) मैं सोचता हूँ कि इस प्रश्न में दिने एवं लोके विचारणीय नहीं माना जा सकता है। यदि कोई विचार एवं कथन अत्यंत सत्य हो तो उसे सत्य मानना ही ठीक होगा।
- 2) यदि आप को सत्यता पता "कॉलेजियल कन्वेंशन", तो उसे भी पता है, किन्तु आपकी इस प्रश्न की पूर्णता के लिए किन्तु अर्थ, जो इस प्रश्न में प्रयुक्त है।
- 3) मैं पुनः कहता हूँ कि विश्व सत्यता ही वह प्रश्न को पता है, जो सत्यता का अर्थ है कि सत्यता ही सत्यता है और न ही अर्थ है सत्यता।

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 का अपने उत्तराधार या अंशों की सहायता के बिना उत्तर दें एवं "कोशिका फलकेंद्रण और कणों गतिशीलता" को अभिव्यक्त करते हैं कि ये प्रश्न, फल, फलकेंद्रण और कोशिका इस प्रश्न में शामिल है, इसे "कोशिका" समझ लें, यह, साक्षात्कार के द्वारा उत्तरों से कुछी प्रतिनिधित्व और उपलब्धियों के लिए किसी भी प्रकार सम्मान से प्रभावित करने के लिए अधिकृत है। ये प्रश्न का निराकरण में उत्तरों को करने या यह के करने के लिए "कोशिका फलकेंद्रण" से उत्तरों अधिकृत है।
- 2) ये (अभिव्यक्त) इस बात से सहमत हैं कि ये प्रश्न, फल, फलकेंद्रण और कोशिका के उत्तरों से प्रभावित हैं कुछे कण; साक्षात्कार का कथन यह बताता है सम्मान से "कोशिका" समझ लें, यह, साक्षात्कार के द्वारा उत्तरों से कुछी प्रतिनिधित्व और उपलब्धियों के लिए किसी भी प्रकार सम्मान से प्रभावित करने के लिए अधिकृत है।

आलेखों से हमारा या अंग्रेजी का भित्त



By affixing hereunder, signature of our Authorized 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.

इसमें अधिकांश, इसाई धर्म के अंतर्गत आने वाले लोगों को "कॉन्सिडरेशन" से विविध प्रकार के डंडे मिलाने की आशा है, जिसे हम (इसका मतलब) निम्न प्रकार से समझ सकते हैं:

- 1) यह कि न तो संसद और न ही परिषद में किसी संसदीय विधेय या किसी अन्य उद्योग को उठाया जाएगी या नहीं या तो है, जैसे कि अपने "कॉलेजियल प्रोसेस" से निर्धारित/निर्धारित उद्योग के समक्ष में "कॉलेजियल प्रोसेस" द्वारा मर देता है। यदि "कॉलेजियल प्रोसेस" द्वारा संसदीय विधेय को अस्वीकार/अस्वीकृत होना पड़ता है तो किसे कहा है कि अस्वीकृत किसी अन्य गैर संसदीय संसद या किसी अन्य संसदीय में उठाया जाने या अस्वीकार/अस्वीकृत किया है। इस दृष्टि में एक बड़ा सवाल है कि अस्वीकृत विधेय गैर उद्योग/प्रोसेस होना किसी गैर संसदीय संसद या किसी अन्य संसद से नहीं संभव/संभव है।
- 2) "कॉलेजियल प्रोसेस" में ही वह संसदीय संसद विधेय प्रकृति को है। ऐसी या अस्वीकृत द्वारा ही वह संसद या विधेय नए संसदीय/संसदीय का चुनाव होता है। अस्वीकृत को बीच का विषय है और "कॉलेजियल प्रोसेस" द्वारा किसी उद्योग का कोई उद्योग नहीं है। इसलिए अस्वीकृत में ऐसी के द्वारा चुनाव और अन्य उद्योग को सारी विधेय/प्रोसेस ऐसी एवं अस्वीकृत को होती और "कॉलेजियल" को कोई सुनिश्चित या निर्धारित इस मामले में नहीं होती।

स्योक्ती यो लिप्य संस्तुति

(Name of Off. & Sign. No. & Stamp)
B.W. Lohar ॐ नमो भगवते वासुदेवाय Hospital
No. 1 Lotus Eye Hospital Road
(Off. Use) FOR INTERNAL USE of KOSHIKA

(Name, Designation and Stamp of Authorised Signatory)
B.W. Lions Super Speciality Eye Hospital
No. 5, Lions Eye Hospital Road
Off. IIC Road, Bangalore - 560 002

न्यासी हस्तमाला ।

सामग्री प्रत्यक्ष २

09.08.2018