

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE

सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)
(स्वास्थ्य देखभाल)Koshika
foundation

Building block of life.

APPLICATION No.:

आवेदन संख्या:

B/1018/0328

APPLICATION DATE:

आवेदन तिथि

09/10/2018

NAME of APPLICANT:

आवेदक का नाम

Lakshamma

AGE-YEARS आयु-वर्ष

SEX लिंग

70

F

FATHER'S/SPOUSE'S NAME:

पिता/कटुम्ब का नाम

Narayana Reddy

PRESENT RESIDENCE ADDRESS वर्तमान आवासीय पता

Krichalivonipalli, Gannimetta, K.V. Patti

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS: स्थाई आवासीय पता

Marudalam, Piler, Chittoor Dist, Andhra Pradesh

OCCUPATION:

व्यवसाय

Home maker

MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)

TOTAL ANNUAL INCOME:

कुल वार्षिक आय

45,000/- [Family income]

(Attach Proof of Income)

(आय का साक्ष्य संलग्न)

PAN No. स्थाई आय 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
	Ramana Reddy	45	M	Son
	Balaram Reddy	38	M	Son
	Two Daughters	Married		

BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable)
सहायता के लिये विनंति 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) उपभोक्ता कार्ड (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें)	Any Other Basis/Proof अन्य कोई साक्ष्य
---	---	---	--

"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE:

सहायता हेतु किये गये विनंती का उद्देश्य:

Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached अस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई प्रतिवेदन सूची संलग्न
	DOV Right Eye
	RE - 8IC8 + 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 सी गई सहायता राशि
	B.W.L.E.H	

0328 0328
Lakshamma Lakshamma
per 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.

1) मैं स्वेच्छा करता हूँ कि इस प्रत्यय में दिये गये सभी विवरण मेरी जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई विवरण एवं कथन अवास्तविक या झूठा हो तो मेरी साक्ष्यता निरास हो जा सकती है।

AGREEMENT by APPLICANT (जॉइन्ट डी वॉर)

1) By affixing my signature or thumb impression on this Form, I (Applicant) hereby agree & authorize 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 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 प्रश्न पर अपने इस्तेमाल या खोले की छान लक्षण, मैं (अवेदक) अपने साधनों की मुक्ति कहा है एवं "कोशिका कावर्डेन और उसके मन्त्रियों" को अधिकृत कहा है कि मेरा नाम, पता, फोटो और वो विवरण इस प्रश्न में संलग्न है, इसे "कोशिका" एम्प्लायर्स, पत्र, यात्राएँ, मुझे कर्तव्य से मुझे मन्त्रियों और उपनिषदों के विषय किसी भी प्रकार माध्यम से प्रसारित करने के लिए अधिकृत है। मेरे प्रश्न का विवरण मेरे इस्तेमाल के पहले या बाद में करने के लिए "कोशिका कावर्डेन" व मन्त्री अधिकृत है।

2) मैं (अवेदक) इस बात में सन्नत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण जो कि छात्रों को कर्तव्यों से प्रेरित है मुझे स्वतः सततता या हकदार नहीं करता। इस सम्बंध में "कोशिका" एम्प्लायर्स मन्त्रियों का निर्णय अंतिम और बाध्यकारी होगा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION :

अधोदधौ चै इमाधारा या अंगुठे का निशान



AGREEMENT by HOSPITAL (병원장 귀하)

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.

इन्हें अविश्वस, इन्टरव्यू की ओर से समालोचनी का "कॉलेज फ़ायरफ़्लेम" से विविध प्रकाश में लाने की कोशिश है, जिसे हम (हमसफ़र) निम्न प्रकार से प्रस्तुत कर रहे हैं।

1) यह कि न तो वर्तमान और न ही भविष्य में विविध राजपूत विधियों और सत्कारों संरक्षण या किसी अन्य तरीके से जगत श्रेष्ठताएँ करने में सक्षम या तो सक्षम है, जैसे कि हमने "कोशिका काउन्सेलर" से विपक्षित/विपक्षित उक्त के सम्बन्ध में "कोशिका काउन्सेलर" द्वारा मरर डेनू कि है। पर "कोशिका काउन्सेलर" द्वारा सम्बन्धित विपक्षित/विपक्षित डेनू सम्बन्धित नहीं किया जाता है से सम्बन्धित किसी अन्य और सत्कारों संरक्षण या किसी अन्य सम्बन्धित से सम्बन्धित होने या अधिकांश सुविधाएँ प्राप्त है। इस दृष्टि में सम्बन्धित जाता है कि सम्बन्धित द्वितीय मरर उक्त श्रेष्ठताएँ डेनू किसी और सत्कारों संरक्षण या किसी अन्य सम्बन्धित से नहीं श्रेष्ठताएँ।

2. "कोशिका फायदेमंद" से जो भी सहभागी कोशिका विविध प्रकृति को है। रोटी का इस्तेमाल इस से यह ज्ञात हो किने जाने उपयोगशक्ति का प्रमाण देती एवं हमसाल को बीच का विषय है और "कोशिका फायदेमंद" इस विषय का कोई प्रमाण नहीं है। इसलिए हमसाल में रोटी को इस्तेमाल प्रमाण और जाने जाने को जाने विषयोपरी देती एवं हमसाल को रोटी और "कोशिका" को कोई प्रमाण का विषयोपरी इस प्रमाण में जो होगी।

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE

एकीकृती के लिए संसुति

Date of Surgery
अपरेशन की तारीख

Dr. SHEETAL BALLAI,
Consultant

(Name of Dr. & Regn. No. with Stamp)
B.W. License No. 56704
Date of issue: 10/10/2014

(Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory)
B.W. Lions Super Speciality Eye Hospital
New 5, T. Nagar, V. K. Rajwade Road

ಇವಳಿಗೆ **Office** C. Road, Bangalore - 560 002

(OFF.) FOR INTERNAL USE OF KOSHKA FOUNDATION

SIGNATURE of TRUSTEE 1

स्यस्यै हलन्तः ।

SIGNATURE of TRUSTEE 2

न्यायी इत्यादि २

09.08.2018