

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE

सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)
(स्वास्थ्य देखभाल)Koshika
foundation

Building block of life.

APPLICATION No. :

आवेदन संख्या :

13/1118/0355

APPLICATION DATE :

आवेदन तिथि

06/11/2018

NAME of APPLICANT :

आवेदक का नाम

Chinna reddanna

AGE-YEARS आयु-वर्ष

SEX लिंग

60

M

FATHER'S/SPOUSE'S NAME :

पिता/कटुम्ब का नाम

Chinnabaiyanna

PRESENT RESIDENCE ADDRESS वर्तमान आवासस्थान पता

Kalimayakunta, Rayachutti Mandalam,

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS : स्थाई आवासस्थान पता

P.les, Chittoor Dist, Andhrapradesh

OCCUPATION :

व्यवसाय

Tailor

TOTAL ANNUAL INCOME :

कुल वार्षिक आय

40,000/-

MARRIED (विवाहित)

UNMARRIED (अविवाहित)

(Attach Proof of Income)

(आय का सत्य संलग्न)

PAN No. स्थाई खाता संख्या

ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable):

क्या आप आय कर पत्रा है (जो मान्य हो उस पर सही का निशान लगावे)

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
	Prasad	32	M	son

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

BPL Card (Attach Card Copy) गरीबी रेशा 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) उपभोग्यता कार्ड (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें)	Any Other Basis/Proof अन्य कोई साक्ष्य
---	---	--	--

"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE:

सहायता हेतु किये गये विषयों का उद्देश्य:

Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached अस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई प्रतिवेदन सूची संलग्न
	DOV Right Eye
	RE - 22.00 + 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.G.H	

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.

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 जोबना कहता हूँ कि इस प्रश्न में शिर्षे गले सही विधान में है। प्रश्न में यह कहा है कि यदि कोई विधान एवं नियम लागू हो तो वह प्रमाणित होना चाहिए।

2) मेरे दादा मे सातवां पाँच "कमिश्नरी फाउन्डेशन" से तो जो रहा है, उसका सम्बन्ध उस समय के हुए उद्योगिक विकास से है।

1) By affixing my signature or thumb impression on this Form, I (Applicant) hereby agree & authorize 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.

1) इस प्रश्न पर अपने हस्ताक्षर या अंगूठी की छाप लगाकर, मैं (अक्षररूप) अपनी जायगी की दुफि बताना हूँ एवं "बौद्धिक फाउंडेशन और उसके नामांकी" को अधिकृत करता हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और वो विवरण इस प्रश्न में घोषित है, उसे "बौद्धिक" एग्यु न्माई, राज, व्यवस्था शुरू करने के लुकी गतिविधियों और उपकरणों के लिये किसी भी प्रकार सम्भव हो सकाई करने के लिये उपयोग है। मेरे नाम का विवरण को प्रकाश के पत्रों या पत्र में करने के लिये "बौद्धिक फाउंडेशन" व मजदुरी सम्मिलित है।

“कोशिका” एवम् उल्लेख भूमिर्षो वा निर्गम अंतिम और ज्ञापकवादी होगा।

आभेदक भे इरलखर प्य ओंगुरे का निराल

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:

हमारे अधिकार, इस्तेमाल की ओर से समलेखी को "कोशिका काउन्टडाउन" से मिलित सहायता से सुरक्षित की जाती है, बिना हम (हमसे) निम्न प्रकार से स्पष्ट व स्वीकार करते हैं।

१. "कॉलेजियल गवर्नमेंट" से भी यह समझना बेकार नहीं है। लेखी पर हमारा ध्यान ही नहीं लगता कि किसे यह समझा-बुझा या कुछ सोचें एवं समझें।

की हंगी और "कोशिका" की कोई भूमिका न मिलेगी। इस मामले में खड़े होंगे।

सुवीकृतों के लिए संयुक्ति

Administrator

(Name of Donor & Regd. No. with Stamp)
B.W. Lohar ५५३३०४
No. ५, Lohar Bazar, Hospital Road
(Dist. J.G. & R. 404) SUMER
FOR INTERNAL USE OF KOSHIMA

न्यायौ ब्रह्मलक्षर ।

स्वातंत्र्य दिवस २

09.08.2018