

32942

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE
 सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

 (Healthcare)
 (स्वास्थ्य देखभाल)

Koshika
 foundation
 Building block of life.

APPLICATION No. :

आवेदन संख्या :

B/1118/0361

APPLICATION DATE :

आवेदन तिथि

06/11/2018

NAME of APPLICANT :

आवेदक का नाम

Mangamma

AGE-YEARS आयु-वर्ष

SEX लिंग

67

F

FATHER'S/SPOUSE'S NAME :

पिता/कटुम्ब का नाम

Reddappa

PRESENT RESIDENCE ADDRESS वर्तमान आवासीय पता

Ramula, Bidikali, Chavara, Peddamandam

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS स्थायी आवासीय पता

Mandubam, P.O. 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. 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
	Venkataramana	45	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 छाव प्रतिलिपि संलग्न करें)	EWS Certificate (Attach Certificate Copy) अल्प आय वर्ग प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की छाव प्रतिलिपि संलग्न करें)	Ration Card (Attach Copy) उपभोक्ता कार्ड (प्रमाण पत्र की छाव प्रतिलिपि 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 प्रतिवेदन सूची संलग्न
	DOV Right Eye
	RE-ELUC + IOL

ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES

इस उद्देश्य के हेतु कोई अन्य सहायता किसी अन्य स्रोत से लिये 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	



0361 0361

Mangamma Mangamma
Pre 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 यहाँ पर कह रहा हूँ कि इस प्रमाण में दिये गये सभी विवरण मेरी जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई विवरण एवं दायन असत्य पाया जाता है तो मेरी सहायता निरस्त की जा सकती है।

2) मैं दृढ़ता से सहायता प्रति "अभिलाषा काउन्सेलिंग", से ही वांछित है, इसका उपयोग किसी और काम के लिये किया जाएगा, जो इस प्रमाण में पता लगा है।

3) मैं यहाँ पर कह रहा हूँ कि इस सहायता हेतु यह प्रत्येक को नहीं है, उस प्रति या अभिलाषा या स्वास्थ्य विभाग विधायी अन्य सोसियलवेलफेयर/बीमा कम्पनी से न ही लिया है और न ही अभिलाषा में है।

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 हस्ताक्षर या अंगूठे को ज्ञापन सचकर, मैं (आवेदक) अपनी गारंटी की पुष्टि करता हूँ एवं "कोशिका फाउंडेशन और उसकी न्यायीयों" को अधिभूत करता हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और जो विवरण इस प्रश्न में घोषित है, उसे "कोशिका" एवम् न्यायो, पत्र, सचपात्र/पत्रों के माध्यम से मुझे उद्देश्य से मुझे गतिविधियों और उपलब्धियों के लिए किसी भी प्रकार सहायता से प्रभावित करने के लिए अधिभूत है। मेरे प्रश्न का विवरण मेरे हस्ताक्षर के पक्षों या पत्र में करने के लिए "कोशिका फाउंडेशन" व न्यायी गतिभूत है।

2) मैं (आवेदक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण को कि साक्षरता के उद्देश्यों से प्रदर्शित है मुझे स्वतः साक्षात्कार या हस्ताक्षर की आवश्यकता। इस सम्बंध में "कोशिका" एवम् उसकी न्यायीयों का निर्णय अंतिम और बाध्यकारी होगा।

आयेंदक के हस्तगत या अंश के निदान



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.

इसमें अतिथि, इलाखी की ओर से गणपति/पुत्री को "कोशिका पाठ्यक्रम" में विभिन्न छात्रों से मिलने का अवसर है, जिसमें इन (इलाखी) विभिन्न प्रकार से कार्य व प्रदर्शन करते हैं।

1) यह कि न तो संविधान और न ही अधिनियम में विहित प्रावधान किसी भी सरकार संसदन या किसी अन्य निकाय से बनाये गये/गएंगे में संविधान से रहे है, जैसे कि हमने "कॉन्सिडर फाउन्डेशन" से सिफरिड/सिफरिड तब से सम्बंध में "कॉन्सिडर फाउन्डेशन" द्वारा मरद हेतु कि है। यह "कॉन्सिडर फाउन्डेशन" द्वारा सम्बंध विनियम विनियम/सम्बंध हेतु मरद नहीं किन बात है तो सम्बंध विनियम अन्य भी सरकार संसदन या किसी अन्य निकाय से सम्बंध से का अधिनियम सुनिश्चित रखता है। इस सुनिश्चित रूप से सम्बंध बना है कि सम्बंध विनियम मरद बना गये/गएंगे हेतु किसी भी सरकार संसदन या किसी अन्य निकाय से नहीं गये/गएंगे।

2. "कॉलिका फामेटोरा" में तो यह सात्वत केसर विशेष प्रकृति की है। ऐसी नर हस्तगत इस में यह सत्त्व या जिने की उपचारप्रक्रिया का मुख्य रोगी एवं इन्फेक्टा के बीच का विषय है और "कॉलिका फामेटोरा" हुए किसी प्रकार का कोई रोग्य नहीं है। इसीसे इन्फेक्टा में रोगी के हस्तगत मुख्य और अन्य रोगों की धारी निम्नोद्योती रोगी एवं इन्फेक्टा की होती और "कॉलिका" की कोई प्रक्रिया या निम्नोद्योती इस प्रकार में नहीं होती।

स्वीकृती पे लिय संस्तुति

07/11/2018

Dr. W. P. Subramanian, Specialist Eye Hospital

(Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory)
B.W. Lions Super Speciality Eye Hospital
No. 5, L. B. Road, B. B. Road, B. B. Road

No. **FOR INTERNAL USE OF MOSHIKA FOUNDATION**
(Off. I.C. Road), Bangalore - 560 002

अन्तरिक्ष विभाग, 8th Cross Road, Bangalore - 560 002

न्यासी हस्ताक्षर ।

न्यासी हस्तक्षेत्र 2

Erklärung

2020