

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE

सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)

(स्वास्थ्य देखभाल)

Koshika
foundation

Building block of life.

APPLICATION No. :

आवेदन संख्या :

B/1118/0364

APPLICATION DATE :

आवेदन तिथि

06/11/2018

NAME of APPLICANT :

आवेदक का नाम

Rajareddy

AGE-YEARS आयु-वर्ष

60

SEX लिंग

M

FATHER'S/SPOUSE'S NAME :

पिता/कन्या का नाम

Venkatarreddy

PRESENT RESIDENCE ADDRESS वर्तमान आवासस्थान पता

Katapalli, Piteer Mandalam, Piteer

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS : स्थायी आवासस्थान पता

Chittoor Dist, Andhrapradesh

OCCUPATION :

व्यवसाय

Farmer

MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)

TOTAL ANNUAL INCOME :

कुल वार्षिक आय

40,000/-

(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 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
	Gurunath reddy	32	M	Son

BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable)

सहायता के लिये विनती 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) 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 प्रतिवेदन सूची संलग्न
	DOV Left Eye
	LE - 8208 +101

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 राशी
	B.W.L.F.H	

DECLARATION by APPLICANT: (अर्शेक इतु ढेनय नरः)

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 ढीकल करत हूँ कि इस प्रत्य में दले गले सलले वलरल मेरी ढलरलली के सलुलर सल ढर सरी है। ढर कोई वलरल सल ढरल सलरल सल ढलरल है तो मेरी सलरलल नलरल की ढ सलरी है।
- 2) मेरे इतु के सलरलल ढरल "ढीकल ढलरलरल", से सी ढल सरी है, ढरलल ढलरलली ढरी ढरलरल की सुई के ललरल कलरल, ढे इस प्रलरल में ढल गल है।
- 3) मैं सुलरल करत हूँ कि वलरल सलरलल हेतु ढरल प्रलरलली की गई है, ढल ढरलली ढल ढीकल ढल ढलरल वलरल कलरली ढल ढल ललरल है और न ही ढलरल में लुलल।

AGREEMENT by APPLICANT (अर्शेक इतु ढरल)

- 1) By affixing my signature or thumb impression on this Form, I (Applicant) hereby agree & authorise 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.
 - 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 प्रलरल ढरल अपने हलरलरल ढल अंगुल की ढलरल सलरलरल, मैं (अर्शेक) सलरली सलरलली की सुलरल करत हूँ ढल "ढीकल ढलरलरल और ढरलके ललरलली" के अलरलल करत हूँ कि मेरल ढलरल, ढलरल, ढलरल और ढल वलरलरल इस प्रलरल में ढीकल है, ढरल "ढीकल" ढलरल ललरली, ललरल, सलरलरलरल सुलरल ढरलरल से सुली गलरलरलरली और ढलरलरलरली के ललरल कलरली की प्रलरल सलरलरल से प्रलरलरल करले के ललरल अलरलल है। मेरे प्रलरल के वलरलरल मेरे हलरलरल के ढलरली ढल ढलरल से ढलरल के ललरल "ढीकल ढलरलरल" ढल ललरली अलरलल है।
- 2) मैं (अर्शेक) इस ढलरल से सलरलल हूँ कि मेरल ढलरल, ढलरल, ढलरल और वलरलरल ढल कि सलरलल के ढरलरलली से प्रलरलरल है सुलरल ललरल: सलरलल के हलरलरल ढली ढलरल। इस सलरलरल में "ढीकल" ढलरल ढरलके ललरलरली के ललरलरल अलरल और सलरलरलरी हेतु।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION :
अर्शेक के हलरलरल ढल अंगुल के ललरल



AGREEMENT by HOSPITAL (हलरलरल इतु ढरल)

- 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 its 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 & its outcome & safety of the patient, and Koshika Foundation will have no role or responsibility in the matter.
- हलरले अलरलल, हलरलरली की और से सलरलरलरली की "ढीकल ढलरलरल" से वलरलरल सलरलल हेतु वलरलरलरल की ढलरली है, वलरली इतु (हलरलरल) वलरल प्रलरल से ढलरल ढल सलरलरल करले है।
- 1) ढल कि न तो ढलरलरल और न ही ढलरलरल में वलरलरल सलरलल कलरली गैर सलरलरी सलरलरल ढल कलरली ढलरल ढलरल से ढलरल ढेरी-ढलरली में लुलरल ढल ले ढल है, ढलरल कि हलरले "ढीकल ढलरलरल" से वलरलरलरलरलरलरल ढलरल के सलरलरल में "ढीकल ढलरलरल" इतु ढलरल हेतु कि है। ढरल "ढीकल ढलरलरल" इतु ढलरलरल वलरली अलरलरल/सलरलरल हेतु सलरलरल की कलरल ढलरल है तो अलरलरल कलरली ढलरल गैर सलरलरी सलरलरल ढल कलरली ढलरल सलरलरलरल से सलरलरल लुलरल रलरल है। इस सुलरल में सलरल ढलरल ढलरल है कि अलरलरल वलरली ढलरल ढलरल ढलरलरल हेतु कलरली गैर सलरलरी सलरलरल ढल कलरली ढलरल सलरलरल ढल ढली लुलरलरली।
2. "ढीकल ढलरलरल" में सी ढल सलरललरल कलरल वलरलरल प्रलरली की है। ढलरली ढल हलरलरल इतु ढी ढल सलरल ढल कलरल ढलरल सलरलरलरलरल ढल सुलरलरल ढलरली ढलरल इतु ढलरलरल के ढीकल ढल वलरलरल है और "ढीकल ढलरलरल" इतु कलरली ढलरलरल के ढीकल ढलरलरल ढलरली है। हलरलीरल इतु ढलरल में ढलरली के हलरलरल सुललरल और ढलरली ढलरली की सलरली वलरलीरली ढली ढलरल इतु ढलरलरलरल की ढलरली और "ढीकल" की ढीकल सुलरलरल ढल वलरलीरलीरली इस सलरलरल में ढली ढलरली।

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE
सुलरलीरली के ललरल सलरलरली

Date of Surgery सलरलरल की ढलरली 07/11/2018	Dr. SHEETAL BALLAL (Name of Dr. & Regt. No. With Stamp) हलरलरल ढलरलरल ढलरलरल ढलरलरल B.W. Lions Super Speciality Hospital No. 5, Lions Super Speciality Road, Off J.C. Road, Bangalore - 560 002	Jyothi Deepak Administrator (Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory on behalf of Hospital) B.W. Lions Super Speciality Hospital No. 5, Lions Super Speciality Road Off J.C. Road, Bangalore - 560 002
FOR INTERNAL USE OF KOSHIKA FOUNDATION		
SIGNATURE of TRUSTEE 1 ढलरली हलरलरल 1	SIGNATURE of TRUSTEE 2 ढलरली हलरलरल 2	