

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE
 सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

 (Healthcare)
 (स्वास्थ्य देखभाल)

Koshika
 foundation
 Building block of life.

APPLICATION No. : आवेदन संख्या : B/1118/0381

APPLICATION DATE : आवेदन तिथि 06/11/2018

NAME of APPLICANT : आवेदक का नाम Mariyamma

 AGE-YEARS आयु-वर्ष 63
 SEX लिंग F

FATHER'S/SPOUSE'S NAME : पिता/कटुम्ब का नाम Anjaneyulu

PRESENT RESIDENCE ADDRESS वर्तमान आवासीय पता

Doddabavatalapalli, Rampachera Man

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS : स्थायी आवासीय पता

Dalam, Piler, Chittoor Dist, Andhra Pradesh

OCCUPATION : व्यवसाय Home maker

MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)

TOTAL ANNUAL INCOME : कुल वार्षिक आय 40,000/- [family income]

 (Attach Proof of Income)
 (आय का सक्षम 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
	Ramareyulu	38	M	son
	Two Daughters			MARRIED

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

BPL Card (Attach Card Copy) गरीबी रेषा 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 विनती का उद्देश्य:

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


 0381 0381
 Mariyamma Mariyamma
 P.O.P P.O.P

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.

AGREEMENT by APPLICANT (ਅਰਜ਼ਦਾਰ ਦੁਆਰਾ ਸਹਿਮਤੀ)

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 प्रारंभ पर अपने हस्ताक्षर या अंगूठी की छाप लगाकर, मैं (अक्षरेक) अपनी सहमति को पुष्टि करता हूँ एवं "कोशिका परामर्शदाता और उसके न्यायियों" को अधिकृत करता हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और जो विवरण इस प्रारंभ में प्रस्तुत है, उसे "कोशिका" एवम् न्यायियों, पत्र, समाचार पत्रों वरिधियों से जुड़ी तथ्यावली और सहायकियों के लिए किसी भी प्रकार का उपयोग से प्रसारित करने के लिए अधिकृत है। मैं प्रारंभ का विवरण मेरे हस्ताक्षर के पहले या बाद में करने को लिए "कोशिका परामर्शदाता" या न्यायियों को अधिकृत है।

2) मैं (अक्षरेक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण को कि सहायता के उद्देश्यों से प्रसारित है मुझे पता: सहायता का इस्तेमाल नहीं करता। इस संबंध में "कोशिका" एवम् उसके न्यायियों का निर्णय अंतिम और बाध्यकारी होगा।

अपेक्षक के दस्तावेज या अंगुठे का निस्तान

AGREEMENT by HOSPITAL (हस्पताल द्वारा करार)

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.

1) यह कि न तो पहचान और न ही पहचान में विविध पहचान किसी के सार्वभौमिकता या किसी अन्य सार्वभौमिकता से होने वाली है, बल्कि यह कि हमने "कोशिका पाठ्यपत्र" को सिफ्टर/सिफ्टर तक के सार्वभौमिकता से "कोशिका पाठ्यपत्र" द्वारा बदल दिया है। यदि "कोशिका पाठ्यपत्र" द्वारा प्राप्त किसी अनिवार्यता से हमें पता चले कि यह सार्वभौमिकता किसी के सार्वभौमिकता या किसी अन्य सार्वभौमिकता से प्राप्त होने का अधिकार सुरक्षित रखता है। इस दृष्टि से स्पष्ट पता चलता है कि अनिवार्यता द्वारा हमें पता चले कि यह सार्वभौमिकता या किसी अन्य सार्वभौमिकता से नहीं लेना/लेनी।

2. "कॉन्सिदा चरनटेशन" से तो यह सामान्य कोसल विविध प्रकृति की है। ऐसी या इन्सालत द्वारा ही यह साबित या सिद्ध करने उपकारप्रक्रिया का मुख्य पीछे एवं इन्सालत से बीच का विचार है और "कॉन्सिदा चरनटेशन" द्वारा किसी प्रकार का कार्य प्रत्यक्ष नहीं है। इसीलिए इन्सालत में ऐसी को इन्सालत मुख्य और सत्य माने की सती विमोचनी ऐसी एवं इन्सालत की होती और "कॉन्सिदा" की कोई भी प्रक्रिया या विमोचनी इस प्रकार से नहीं होगी।

रखीकृती के लिए संस्कृति

07/11/2018

(Name of Dr. & Regn. No. with Stamp)

B.W. Lion

FOR INTERNAL USE ONLY
(Off. J.C. Road), Bangalore - 560 001

Administrator
(Name, Position & Stamp of authorised Signatory)

19.19: Lions Superspecialty Eye Hospital
No. 5, Lions Eye Rd, Singapore

[illegible]

संस्थानिक वित्तियन इतु

न्यासी हस्ताक्षर ।

न्यासो हस्तोत्तर २

Erbenzyl

Self