

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE
 सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

 (Healthcare)
 (स्वास्थ्य देखभाल)

Koshika
 foundation
 Building block of life.

 APPLICATION No. : आवेदन संख्या : B/1118/0382 APPLICATION DATE : आवेदन तिथि 06/11/2018

 NAME of APPLICANT : आवेदक का नाम Anusamma AGE-YEARS आयु-वर्ष 50 SEX लिंग F

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

PRESENT RESIDENCE ADDRESS वर्तमान आवास स्थान

Palayamgadda, Tittalamanda, K.V. palli

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS : स्थायी आवास स्थान

Mandalam, Piler, Chittoor Dist. Andhra Pradesh

 OCCUPATION : व्यवसाय Home maker

MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)

 TOTAL ANNUAL INCOME : कुल वार्षिक आय 35,000/- [family income] (Attach Proof of Income) (आय का सबूत संलग्न करें)

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
	<u>One Daughter</u>			<u>Married</u>

 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 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 सबूत
---	---	---	---

 "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
	<u>DOV Right Eye</u>
	<u>RE - SIC8 + IOL</u>

 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 ले गई सहायता राशी
	<u>B.W. L. E. H</u>	



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 घोषणा करता हूँ कि इस प्रश्न में दिये गये सभी विवरण मेरी जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई विवरण सत्य माना जायेगा तब तक है जो मेरी सहायक विभाग की जा सकती है।
- 2) मेरे द्वारा जो साक्ष्य तथा "संश्लेषित परामर्श", मैं इसे जा रही हूँ, उसका उपयोग उसी उद्देश्य की पूर्ति के लिये किया जायेगा, जो इस प्रश्न में माग गया है।
- 3) मैं प्रतिज्ञा करता हूँ कि दिए साक्ष्य के तहत प्रार्थना की गई है, जहाँ प्रतिज्ञा का अर्थित या समान विचार किसी अन्य को-विरोधी/सहयोगी कम्पनी में न से लिया है और न ही भविष्य में ली जा।

1) By affixing my signature or thumb impression on this Form, I (Applicant) hereby agree & authorise Koshika Foundation and it's Trustees to use/publish/post-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 fulfilment 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 का अपने उत्तराधिकार या जगत की कल्प लक्षण, मैं (अवलोक) अपनी सहायिका को सुनिश्चित करता हूँ मैं "कोटिका काउन्सिल और उसके सदस्यों" को अधिकृत करता हूँ कि मैं न्याय, पक्ष, कोटी और वे विवरण इस प्रश्न में घोषित है, उसे "कोटिका" समूह सहायिका, पक्ष, सहायिका द्वारा उद्देश्य से मुझे कोटिकाधर्म और उत्तराधिकार के लिये किया भी प्रसार सम्पन्न से प्रकाश करने के लिए अधिकृत है। मेरे प्रश्न का विवरण मेरे उत्तर के पहले या बाद से करने के लिए "कोटिका काउन्सिल" व सहायिका अधिकृत है।

2) मैं (अवलोक) इस बात से सहमत हूँ कि मैं न्याय, पक्ष, कोटी और विवरण को लि सहायिका के उत्तरों में प्रेषित है मुझे सहायिका का उत्तर नहीं करता। इस सम्बंध में "कोटिका" समूह उसके सदस्यों का निर्णय अंतिम और बाध्यकारी होगा।

आपरेक के इलाका या शीमे का निर्णय



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.

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.

इसके अतिरिक्त, इलाहाबाद की शेर से सापसहेली को "धर्मिण्य पावन-देवन्य" से विभित्य सदाका हेतु सिम्बलिता की जाती है, जिसे इन (इलाहाबाद) विम्व प्रकाश से मान्य व स्वीकार किया है।

1) यह कि न तो सर्वान्वय और न ही अधिव्यय में विविध महापद विभक्ति के सम्बन्धी सम्बन्धों को ध्यान में रखते हुए 'कोशिका पाठ्यपुस्तक' से निष्कर्षित/निर्गमित उदाहरण को सम्बन्ध में 'कोशिका पाठ्यपुस्तक' द्वारा प्रदत्त हेतु मिल है। यदि 'कोशिका पाठ्यपुस्तक' द्वारा महापद विभक्ति अधिवाचक/व्यक्त हेतु प्रस्तुत की जा चुकी है तो आवश्यक विभक्ति अन्य के सम्बन्धी उदाहरण या विभक्ति अन्य सम्बन्धों को महापद होने का अधिव्यय प्रदर्शित प्रत्यक्ष है। इस दृष्टि में स्पष्ट कहा जाता है कि आवश्यक विभक्ति प्रदत्त करने पर उदाहरण/उदाहरण हेतु विभक्ति के सम्बन्धी उदाहरण या विभक्ति अन्य सम्बन्धों को भी उदाहरण/उदाहरण

2. "बौद्धिक सम्पत्ति" के लिये यह आवश्यक होगा कि विविध प्रकृति की है। रोटी पर हमला हम ही नहीं कर सकते हैं क्योंकि हमें उसके लिये आवश्यक सामान चाहिए। हमें रोटी के लिये जल चाहिए और "बौद्धिक सम्पत्ति" हम किसी व्यक्ति को नहीं दे सकते हैं। इसलिए हमला हमें रोटी के लिये आवश्यक सामान और जल देने की जगह विपरीत होती है। हमला हमें रोटी और "बौद्धिक" की दोनों वस्तुओं को विपरीत रूप में देने की जगह देता है।

Jyothi Deepak

Dr. SHEETAL BALLAL

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

डिपार्टमेंट का नाम व एड्रेस है यहाँ न
E.V. Light & Sound Security Film Hospital

No. 5, 1-~~FOR~~INTERNAL USE of KCS

Dr. B. W. Doshi Super Speciality Eye Hospital
No. 5, Lions Eye Hospital Road
Opp. L.C. Road, Thane (W) - 400 002

SIGNATURE of TRUSTEE 1

न्यासी इत्यादि ।

SIGNATURE of TRUSTEE 2

पृष्ठसंख्या 2