

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE
 सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

 (Healthcare)
 (स्वास्थ्य देखभाल)

Koshika
 foundation
 Building block of life.

APPLICATION No. : आवेदन संख्या : B/1118/0389		APPLICATION DATE : आवेदन तिथि 06/11/2018	
NAME of APPLICANT : आवेदक का नाम R. Yerramarreddy		AGE-YEARS आयु-वर्ष 60	SEX लिंग M
FATHER'S/SPOUSE'S NAME : पिता/वधू का नाम Ramreddy			
PRESENT RESIDENCE ADDRESS वर्तमान आवासीय पता Indiramma Colony, Kalitina Chowd, Kalitina			
PERMANENT RESIDENCE ADDRESS : स्थायी आवासीय पता Mandabam, Piler, Chittoor Dist, Andhra Pradesh			
OCCUPATION : व्यवसाय Farmer		MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित) 0389 0389 Yerrama Yerrama reddy reddy pre op post op	
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 पayer हैं (जो मान्य हो उस पर सही का चिह्न लगाएं) Yes / No हां / नहीं			
FAMILY DETAILS परिवार विवरण			
Sr. No. क्रम संख्या	Name of Family Member परिवार के सदस्यों का नाम	Age (Years) उम्र (वर्ष)	Gender लिंग
	Banupratishreddy	32	M
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 विनती का उद्देश्य:			
Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached अस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई प्रतिवेदन सूची संलग्न		
	DOV Left Eye		
	LE - 8.75 + 1.00		
ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES इस उद्देश्य के हेतु कोई अन्य सहायता किसी अन्य स्रोत से लिया गया है?			
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		

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 शोचना करता हूँ कि इस प्रश्न में दिने मने का भी विचार मेरी जानकारी के अनुसार तब तक नहीं है। यदि कोई विचार एवं सच्यन मन्त्रय पद प्राप्त है तो मेरी सहानुभूति प्राप्त की जा सकती है।

2) मेरी द्वारा जो सहानुभूति "कॉन्सिडर फॉरवर्डेशन", से ली जा रही है, उसका उपयोग उसी उद्देश्य की पूर्ति के लिये किया जायेगा, जो इस प्रश्न में तब तक है।

3) मैं पुनः कहता हूँ कि विश्व स्वास्थ्य सेवा यह प्रार्थना की गई है, उस प्रति जा अधिक या कमक हिस्सा किसी अन्य को/विशेष/वीथ कागजी से न ले लिया है और न ही अधिक से अधिक।

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.

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 हस्ताक्षर का अंगूठा की छाप लगाकर, मैं (अवेदक) अपनी जानकारी की पुष्टि करता हूँ एवं "कौटिल्य फरहोदयन और उसके ग्राहकों" को अधिकृत करता हूँ कि मेरा नाम, पता, फोर्ट और को विवरण इस प्रश्न में सही है, उसे "कौटिल्य" एम्बु न्यासी, राज, साधारण द्वारा उद्देश्य से मुझे प्रतिनिधियों और उपस्थितियों के तहत किसी भी प्रकार साक्ष्य से प्रभावित करने के लिए अधिकृत है। मेरे प्रश्न का विवरण गैर इच्छा के पक्षों या कारों से करने के लिए "कौटिल्य फरहोदयन" व न्यासी अधिकृत है।

2) मैं (अवेदक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोर्ट और विवरण जो कि साधारण के उद्देश्यों से प्रेषित है मुझे सदा: साधारण का हकदार नहीं करता। इस सम्बंध में "कौटिल्य" एम्बु उसके ग्राहकों का निर्णय अंतिम और साधारणकारी होगा।

आवेदक के हस्ताक्षर या अंगूठे का निशान



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.

इससे अभिप्राय, हस्तक्षेपों को और से भाषण/लेखों को "कोशिका परावर्तन" से विधिग समझा देने विचारित को नहीं है, जिसे हम (हाथकत) निम्न प्रकार से मान्य व स्वीकार करते हैं:

1) यह कि न तो अधिनियम और न ही अधिनियम में विधिवत सहायक किसी भी सारकारी संस्था या किसी अन्य स्थल से जन्म लेने/पाने में सोंगे या तो छे है, जैसे कि अपने "कोशिका फाउन्डेशन" से निष्पत्ति/निष्पत्ति जन्म के सम्बन्ध में "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा स्पष्ट हेतु कि है। यदि "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा सहायक किसी निष्पत्ति/निष्पत्ति हेतु जन्म नहीं किन्तु जन्म है तो असम्भव किसी अन्य और सारकारी संस्था या किसी अन्य सहायक से सहायक लेने या अधिग्रहण सुनिश्चित रहता है। इस सुनिश्चित में स्पष्ट कहा जाता है कि असम्भव अधिनियम और जन्म लेने/पाने हेतु किसी भी सारकारी संस्था या किसी अन्य सहायक से नहीं लेने/पाने।

2. "बोशिया फायनोस" से तो मैं सदाका केवल विविध प्रकृति की है। ऐसे पर हाथकाट द्वारा ही मैं सदाक के बिने मैं उपचार/प्रतिष्ठा का पुत्रा ऐसे एवं हमसदा के बीच का विषय है और "बोशिया फायनोस" द्वारा किसी प्रकार का कोई दयाल नहीं है। इसलिये हमसदा में ऐसे के प्रत्यक्ष सुख और अपने जाने की सही विमोहनी ऐसे एवं हमसदा की होती और "बोशिया" की कोई सुविधा या विमोहनी इस मामले में नहीं होगी।

स्वोक्तौ चो लिप संज्ञाति

07/11/2018

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

B.W. Liong ¹ and W. Sze ² ¹Department of Ophthalmology, Singapore General Hospital

FOR INTERNAL USE OF KOSHIKA FOUNDATION

R. W. Lyons, Superintendent of Hospital

D.W. Lions Superspeciality Eye Hospital
No. 6, Lions Road, Madurai, Tamil Nadu

Dr. J. C. Road, Bangalore - 560 002

न्यायही इच्छापूर्वक ।

न्यासी हस्ताक्षर 2