

## APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE

सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)

(स्वास्थ्य देखभाल)

Koshika  
foundation

Building block of life.

APPLICATION No.:

आवेदन संख्या:

B/1118/0400

APPLICATION DATE:

आवेदन तिथि

06

11

2018

NAME of APPLICANT:

आवेदक का नाम

Ramarreddy

AGE-YEARS अनु-वर्ष

65

SEX लिंग

M

FATHER'S/SPOUSE'S NAME:

पिता/कटुम्ब का नाम

Narayana Reddy

PRESENT RESIDENCE ADDRESS वर्तमान आवासीय पता

Kambavaripalli, Vayalapochu Mandalam

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS: स्थायी आवासीय पता

P.O. Chittoor Dist. Andhra Pradesh

OCCUPATION:

व्यवसाय

Farmer

TOTAL ANNUAL INCOME:

कुल वार्षिक आय

40,000/-

MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)

(Attach Proof of Income)

(आय का साक्ष्य संलग्न)

PAN No. स्थायी आय 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.<br>क्रम संख्या | Name of Family Member<br>परिवार के सदस्यों का नाम | Age (Years)<br>उम्र (वर्ष) | Gender<br>लिंग | Relation with Applicant<br>आवेदक के साथ सम्बन्ध |
|------------------------|---------------------------------------------------|----------------------------|----------------|-------------------------------------------------|
|                        | Ganesh                                            | 38                         | M              | son                                             |
|                        | Baba                                              | 35                         | M              | son                                             |

BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable)

सहायता के लिये विनति आधार

|                                                                                                             |                                                                                                                     |                                                                                            |                                              |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------|
| BPL Card<br>(Attach Card Copy)<br>गरीबी रेखा के नीचे प्रमाण पत्र<br>(प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें) | EWS Certificate<br>(Attach Certificate Copy)<br>अल्प आय वर्ग प्रमाण पत्र<br>(प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें) | Ration Card<br>(Attach Copy)<br>उपभोक्त्य कार्ड<br>(प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें) | Any Other<br>Basis/Proof<br>अन्य कोई साक्ष्य |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------|

"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE:

सहायता हेतु किसे गये विनती का उद्देश्य:

| Sr. No.<br>क्रम संख्या | Medical Reports/Prescriptions Attached<br>अस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई प्रतिवेदन सूची संलग्न |
|------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------|
|                        | DOV Left Eye                                                                                 |
|                        | LG-8TC8 + IOL                                                                                |

ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES

इस उद्देश्य के हेतु कहीं अन्य सहायता किसी अन्य स्रोत से लिया गया हो?

| Sr. No.<br>क्रम संख्या | NAME of OTHER SOURCE<br>अन्य स्रोत का नाम | AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILED<br>ली 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 प्योचना करता हूँ कि इस प्रश्नपत्र में दिये गये सभी विवरण सही जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही है। यदि कोई विवरण एवं सत्य प्रमाण प्राप्त करता है जो सही जानकारी प्राप्त की जा सकती है।

2) भौर ह्यप नो सहायता एति "कविता सारभोत", ये एी नो एी है, उसस ह्यपने उलो उलोप नो एी है कि तिने दिवस बांधेप, जो दस ह्यपने में एी सार है।

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 fulfillment of the "purpose" for which assistance is being requested.

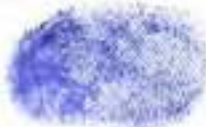
2) I (Applicant) further agree that any such use of my name, address, photo & details of the "purpose", for which such assistance is requested/granted, will not automatically entitle me for receiving or continuing the said assistance. The decision for granting and/or continuing the assistance will rest 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 इलाका या जिले की स्नातक स्तर की समिति (अथवा) अपनी समिति की पुष्टि करता है एवं "कॉशिका फाउंडेशन और उसके स्वामी" को अधिवृत्त करता है कि वेरा चयन, पत्र, चोटों और के विवरण इस प्रश्न में वर्णित है, उसे "कॉशिका" समूह स्वामी, चयन, चयनकर्ता द्वारा निर्देशित से मुक्त निर्दिष्टियों और उपस्थितियों के बिना किसी भी प्रकार चयन से प्रभावित करने के लिए अधिवृत्त है। ये प्रश्न का विवरण में इलाका के चयन या चयन के लिए "कॉशिका फाउंडेशन" व स्वामी अधिवृत्त है।

2) मैं (अथवा) इस बात से सहमत हूँ कि वेरा चयन, पत्र, चोटों और विवरण को कि सहजता से निर्देशित से प्रमाणित है मुक्त स्वामी समिति का स्वतंत्र नहीं करता। इस संबंध में "कॉशिका" समूह स्वामी स्वामियों या निर्णय अधिकार और चयनकर्ता द्वारा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION:

अध्यापक श्री इलाहाबाद या अंगुठी या निवास



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.

इससे अधिकतर, महात्माजी की ओर से समर्थन/पंजी की "कोशिका वाद-वैवाद" से संबंधित वाद-वैवाद हो चुका है, जिसे हम (इसका) गिन करार से मान्य न समझकर करते हैं।

1) यह कि न तो अधिनियम और न ही अधिनियम में विहित कानूनन किसी और सार्वभौमिक अधिकार या किसी अन्य अधिकार से उच्च होती है तथा लोकसभामें ये नहीं पाये जाते हैं, जैसे कि हमने "अधिनियम कानून-प्रधान" से विधायिका/विधिति कानून से सम्बंध में "अधिनियम कानून-प्रधान" इस तरह हेतु कि है। यदि "अधिनियम कानून-प्रधान" इस कानूनन किसी अधिकाधिकार हेतु मान्य नहीं किया जाता है तो अनिवार्य किन्हीं अन्य और सार्वभौमिक अधिकार या किसी अन्य सन्तान से सम्बंध होने का अधिकार प्राप्त रहता है। इस दृष्टि में स्पष्ट कहा जाता है कि अनिवार्य विधायक कानून कानून-प्रधान हेतु किसी और सार्वभौमिक अधिकार या किसी अन्य अधिकार से नहीं होना चाहिए।

2. "बोडिंगा फाउन्डेशन" से ली गई सामग्री केवल विविध प्रकृति की है। ऐसी यह सामग्री इस से गई प्रत्यक्ष या अप्रति सीधे जनसंपर्क के माध्यम से ही प्राप्त होगी।

### स्वीषाती के लिए संस्कृति

Date of Surgery  
जॉर्जेमन की तारीख

Dr. SHEETAL BALLAL

(Name of Dr. & Road No., with Stamp)

R.W. Lyons Super Specialty Eye Hospital

No. 5, Lohi Road, Bangalore - 560 002

Jyothi Deepak

Administrator  
(Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory)  
B.W. Lions Superspecialty Eye Hospital

No. 541,005 Fire-Holman at Hobd.

Off. I.C. Road, Bangalore - 560 002

SIGNATURE of TRUSTEE 1

न्यायी प्रहलाद ।

SIGNATURE of TRUSTEE 2

न्यायौ ब्रह्मसूत्र ३