

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE

सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)

(स्वास्थ्य देखभाल)

Koshika
Foundation

Building block of life.

APPLICATION No.:

आवेदन संख्या:

B/1218/0408

APPLICATION DATE:

आवेदन तिथि

04/12/2018

NAME of APPLICANT:

आवेदक का नाम

Venkataswarama

AGE-YEARS आयु-वर्ष

SEX लिंग

68

M

FATHER'S/SPOUSE'S NAME:

पिता/कटुम्भ का नाम

Chinnaveelsatiah

PRESENT RESIDENCE ADDRESS वर्तमान आवास पता

Kavilapalli, Rayavaram, Sundapalli

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS: स्थायी आवास पता

Mandabam, Piler, Chittoor Dist, Andhra Pradesh

OCCUPATION:

व्यवसाय

Farmer

MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)

TOTAL ANNUAL INCOME:

कुल वार्षिक आय

40,000/-

(Attach Proof of Income)

(आय का साक्ष्य 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
	G. Ramesha	38	M	son
	Sunil	36	M	son
	Nagaraj's	30	M	son
	Two Daughters Married			

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 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 प्रतिकवेदन सूची संलग्न
	DOV Right Eye
	RE - IICB + 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 इस 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.

for which this assistance is requested.

1) ये घोषणा करता हूँ कि इस प्रकरण में दिये गये सभी विवरण सही जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई विवरण एवं कथन गलत पाया जाता है तो मेरी सहमति निम्न की जा सकती है।

2) मेरी छात्रा जो सहायक गति "संश्लेषण साइकल", से ली जा रही है, उसका उपयोग उसी दरम्यान की पूर्ति के लिये किया जायेगा, जो इस प्रश्न में परा गत 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/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 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 पर अपने हस्ताक्षर या जीमेल की छाप लगाकर, मैं (अर्पण) अपनी कानूनी को दृष्टि कराई हूँ एवं "कोशिका पाठ्यक्रम और उसके मागीर" से अधिबृत्त कराई हूँ कि मेरा नाम, जहाँ जोड़ने और जोड़ने के बिना यह प्रश्न से संबंधित है, मैंने "कोशिका" पर प्रकाशित यह सवाल/जवाब अपने सहायक से जारी सहायिकाओं और प्रशासकों के लिए किसी भी प्रकार प्रकाशित

[illegible]

2) ये (अवैदिक) इस बात से सहमत हैं कि मेघ नाम, पात, पोटो और विषाणु को कि साधना के उद्देश्यों से प्रशिक्षित है मुझे पता; साधना का हकदार नहीं बनाता। इस संबंध में "कोरिन्थ" पत्रम उसको स्तुति का निर्णय अंतिम और साधनकारी होगा।

आवेदक को सम्मान या ओम्ते का निदान



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.

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.

जैसे अधिक दबावकी भी ओर से समझनेवाले को "कठिना प्रमाणिकता" से विविध सामान्य की प्रमाणिकता की जाती है, जिसे हम (इसप्रकार) निम्न प्रकार से मान्य व स्वीकार करते हैं।

1) यह कि न तो अधिनियम और न ही अधिनियम में विहित प्रावधान किसी और सार्वजनिक सम्पदा या किसी अन्य संपत्ति से उक्त लेडी-घराली में लेडी का ले रहे हैं, बल्कि कि हमने "बैथिंग प्रावधान" से विचारित/विश्लेषित उक्त के सम्बन्ध में "बैथिंग प्रावधान" द्वारा नष्ट हो चुका है। यदि "बैथिंग प्रावधान" द्वारा सार्वजनिक विधि अधिनियम/समाप्त हो चुका नहीं किन्तु यह है कि अन्ततः किसी अन्य और सार्वजनिक सम्पदा या किसी अन्य सार्वजनिक से प्राप्त होने का अधिनियम सुनिश्चित रखता है। इस दृष्टि में हमने कहा जाता है कि अन्ततः विहित प्रावधान उक्त लेडी-घराली से किसी और सार्वजनिक संपत्ति या किसी अन्य संपत्ति से नहीं लेता/लेती।

2. "कॉलेजियल फाइनेंस" से भी यह साक्ष्य केवल विधि प्रकृति की है। ऐसी पर प्रस्तावित इस पर यह ज्ञात है किने एवं उपस्थापिका का मुख्य उद्देश्य एवं प्रस्ताव के बीच का विषय है और "कॉलेजियल फाइनेंस" द्वारा किसी प्रकार का कोई दायर नहीं है। इसलिए प्रस्ताव में ऐसी के प्रस्ताव सुझा और जाने जाने की सभी विनियमों ऐसी एवं प्रस्ताव की शर्तों और "कॉलेजियल" को कोई प्रतिष्ठा का विनियमों इस प्रकार में नहीं होवे।

स्वीकृति के लिए संस्तुति

05/12/2018

Dr. SHEETAL BALLAL
Consultant

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

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION

Jyothi Deepak
Designation: Stamp of Authorised Signatory
Lions Super Speciality Hospital
Dr. Jyothi Deepak, Director, Lions Super Speciality Hospital

ಆನ್‌ಲೈನ್ ರಿಪೋರ್ಟ್ ರೋad, Bangalore - 560 002

SIGNATURE of TRUSTEE 1

न्यासी हस्ताक्षर ।

Exempel

SIGNATURE of TRUSTEE 2

न्यासी प्रमाण २

Self