

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE

सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)

(स्वास्थ्य देखभाल)

Koshika
foundation

Building block of life.

APPLICATION No.:

आवेदन संख्या:

B/1218/0410

APPLICATION DATE:

आवेदन तिथि

04/12/2018

NAME of APPLICANT:

आवेदक का नाम

Venkatarannaiah

AGE-YEARS आयु-वर्ष

60

SEX लिंग

M

FATHER'S/SPOUSE'S NAME:

पिता/कटुम्प का नाम

E-roappa

PRESENT RESIDENCE ADDRESS वर्तमान आवासीय पता

Palamanda, Chaddam Mandalam, Piler,

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS: स्थाई आवासीय पता

Chittoor Dist, Andhra Pradesh

OCCUPATION:

व्यवसाय

unemployed

TOTAL ANNUAL INCOME:

कुल वार्षिक आय

40,000/- family income

MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)

(Attach Proof of Income)

(आय का साक्ष्य संलग्न)

PAN No. स्थाई करदाता 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
	Prasad	30	M	son
	Chandra	25	M	son
	Two Daughters		Married	

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 Right Eye
	RE - 2100 ± 101

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 राशी
	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 यहाँ पर आश्वस्त हूँ कि इस प्रारूप में दिये गये सभी विवरण मेरी जानकारी को सत्यतया सत्य एवं सही है। यदि कोई विवरण इस प्रकार गलत या झूठ साबित हो तो मेरी सहायता प्राप्त की जा सकती है।

2) मेरे द्वारा जो सहायता प्राप्त "कोशिका फाउंडेशन", मेरी ही होनी है, इसका उपयोग उसी उद्देश्य की पूर्ति के लिये किया जाएगा, जो इस प्रारूप में पता लगा है।

3) मैं यहाँ पर आश्वस्त हूँ कि जिस सहायता हेतु यह प्रारूप को भर्ती है, उस राशि का अधिक या समस्त हिस्सा किसी अन्य सोर्स/एम्प्लॉयर/इंश्योरेंस कंपनी से न हो लिया है और न ही भविष्य में होगा।

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/republish 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 उत्तरदाता या जेठे को ज्ञान लागकर, मैं (अमेरक) अपनी सख्ती को धुँत करता हूँ एवं "कोशिका काउंटिंग और उसके न्यायों" को अधिकृत करता हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और जो विवरण इस प्रश्न में घोषित है, उसे "कोशिका" एल्यू न्यायों, राज, साक्षात्कार द्वारा अर्द्धतय से सुदृढ़ तथ्याधिकारों और वृत्तान्तियों के बिना किसी भी प्रकार सम्मान से प्रसारित करने के लिए अधिकृत है। मेरे प्रश्न का विवरण मेरे उत्तर को जहाँ या जहाँ से करने के लिए "कोशिका काउंटिंग" व न्यायों अधिकृत है।

2) मैं (अमेरक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण जो कि सहायता के अर्द्धतयों से प्रार्थित है मुझे तथा: सहायता का इस्तेमाल नहीं करता। इस सम्बंध में "कोशिका" एल्यू उसके न्यायों का निर्णय सख्ती और सम्पूर्णता होगा।

आपदेण: ये हातधुर या मंगुटे या निराप



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.

हमारे अधिष्ठित, इसलिये की ओर से मर्यादापंथी को "भौतिक चरमपंथी" से प्रतिष्ठित महापात हेतु विचरित को ज्ञाते हैं, किन्तु धन (हस्तगत) विम प्रसार से धन्य व सौभाग्य करते हैं।

1) यह कि न तो सर्वमान्य और न ही व्यक्तिगत या स्थितिगत सहमति किसी भी प्रकार की संशयित या निराश्रित अन्य शक्तों से उद्भूत होती/पासनी है जो इसे या तो दे, जैसे कि हमने "बौद्धिक सार्वभौमिकता" से लिपिकार/लिपिकी उद्भूत के सम्बंध में "बौद्धिक सार्वभौमिकता" द्वारा समर्थन देना कि है। यदि "बौद्धिक सार्वभौमिकता" द्वारा समर्थन मिलती बौद्धिक/सामग्री उद्भूत समर्थन नहीं किया जाता है तो अनपेक्षित किसी अन्य और सरकारी संशयित या निराश्रित अन्य समर्थन से समर्थन देने का अर्थ/प्रभाव सुनिश्चित रहता है। इस पृष्ठ में स्पष्ट कहा गया है कि अनपेक्षित स्थितिगत समर्थन उद्भूत/समर्थन देना किसी भी सरकारी शक्ति या किसी अन्य समर्थन से नहीं लेना/लेनी।

[illegible]

स्वीकृती के लिए संसुति

05/12/2018

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

2. वास्तविकता का नाम क्या है? क्या वास्तविकता वास्तविक है? Hospital

(Name, Designation & Signature of Authorised Signatory)

B. W. Lyons, Senior Lecturer in Mathematics

No. चमत्कृतं कृष्णसूत्रं प्रथितम्, त्र्यम्ब

FOR INTERNAL USE of KOSHKA FOUNDATION

अनंता देवी Road, Bangalore - 56002

SIGNATURE of TRUSTEE 1

न्यासी हस्तधर ।

SIGNATURE of TRUSTEE 2

આથી કુલ ૨

09.08.2018