

34388

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE

सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)

(स्वास्थ्य देखभाल)

Koshika
Foundation

Building block of life.

APPLICATION No. : आवेदन संख्या : B/1218/0413 APPLICATION DATE : आवेदन तिथि 04/12/2018

NAME of APPLICANT : आवेदक का नाम Rangamma

AGE-YEARS आयु-वर्ष 65 SEX लिंग F

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

PRESENT RESIDENCE ADDRESS वर्तमान आवासीय पता

Challarapalli, Rampachenta Mandalam,

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS : स्थाई आवासीय पता

Piler, Chittoor Dist, Andhra Pradesh

OCCUPATION : व्यवसाय Home maker

MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)

TOTAL ANNUAL INCOME : कुल वार्षिक आय 40,000/- (family income)

(Attach Proof of Income)
(आय का साक्ष्य संलग्न करें)

PAN No. स्थाई 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
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	Relation with Applicant आवेदक के साथ सम्बन्ध
	Nagaraja	35	M	Son
	Venkataramana	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) आय 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 प्रविष्टि/पत्र सूची संलग्न
	DOV Right Eye
	RD - LENS + IOL

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	

0413 0413
Rangamma Rangamma
Post op post op

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 प्रश्नपत्र में दिये गये सभी विषयों में मेरी जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही है। यदि कोई विषय एवं कथन असत्य पाया जाय तो मेरी लक्ष्यता निम्न की जा सकती है।

1) मैं सोचता था कि मैं इस प्रश्न में दिने मने सभी विषय में ही जानकी के अनुसार बात पूरा करूँ। यदि कोई विषय एवं काल काया से बाध है तो मैं सोचता था कि मैं इसे भी पूरा करूँ।

3) मैं सुनिश्चित हूँ कि बिना छात्रावक डेपू पर प्रदर्शन की गई है, उस रोज़ का अधिकतम प्रदर्शन दिनांक किसी अन्य घोषित/विद्यमान/सम्बन्धी सम्पत्ति से न हो गया है और न ही अधिकतम में तृप्ति।

1) By affixing my signature or thumb impression on this Form, I (Applicant) hereby agree & authorize 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 हस्ताक्षर या मंगीत की छाप लगाकर, ये (अवेकट) अपनी सचिवी की मुद्रि कराएं एवं "कोरिक्ता काउंसेलर और उसके सदस्यों" को भविष्य बताएं कि ये नव, एक सत्रों और नौ दिवस का कार्य में संलग्न हैं। उन्हें "कोरिक्ता" प्रत्यक्ष जल्दी, इन मामलों पर इन्हें उद्देश्य से बड़ी गतिविधियों और उपस्थितियों में लिये काले भी प्रसार माध्यम

कष्ट, पीड़ा और जो विभाग इस प्रश्न में घेचित है, इसे "कॉन्सिडर" प्रश्न मान्यो, इन, सम्बन्धन पूर्ण उत्तरों से जुड़ी सीधे-सीधे और तथ्यात्मक के तथ्य कितने भी इतर सम्बन्ध से सम्बन्धित करने के लिए अधिकृत है। यो प्रश्न का विभाग यो इतर के खाले या खाल से करने के लिए "कॉन्सिडर फाउण्डेशन" में जारी अधिकृत है।

2) मैं (आपवादक) इस बात से सहमत हूँ कि संपद प्राप्त, प्राप्त, पोटो और विपन्न हैं कि संपन्न से बदलाव से प्रतीति है मुझे स्वतः सामान्य का हकदार नहीं बनता। इस सार्वभौमिक "कोलिका" प्रत्यक्ष उसके व्यक्तिगत या निर्णय क्षमता और वास्तविकी होगा।

આવેદનને મેં હાથકાપી ના બાંધે પણ મિલકત



By affixing hereunder, signature of our Authorized Signatory for recommending this case/patient for financial assistance from Kosiika 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 अधिकृत, इसाबरी की ओर से चालेदोरी को "बोलीया पाठ्यक्रम" से विलीन कराया हेतु सिफारिश की गयी है, जिसे हम (इससाल) जिन प्रकार से मजबूत व सहीकर करते हैं।

1) यह कि न तो वर्तमान और न ही भविष्य में किसी राजस्थान किसी और राज्याधीन होकर या किसी अन्य राज्य से इस संघीयता/संघों में होने या न होने के, जैसे कि हमने "कॉन्सिडर फाइनल" से विचारित/निर्दिष्ट इस के सम्बंध में "कॉन्सिडर फाइनल" द्वारा स्पष्ट हेतु कि है। यदि "कॉन्सिडर फाइनल" इस राजस्थान विधि अधिनियम/कानून हेतु मंजूर नहीं किया जाता है तो अस्पष्टता किसी अन्य और राज्याधीन होकर या किसी अन्य समूह/संघ से सम्बंधित होने के अधिकांश सुनिश्चित रहता है। इस सुनिश्चित के स्पष्ट कहा जाता है कि अस्पष्टता किसी अन्य राज्य/संघों हेतु किसी और राज्याधीन होकर या किसी अन्य समूह से नहीं होना/संघों।

[illegible]

द्वयीकाली के लिए संस्थान

05/12/2018

Dr. AL SAIED

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

B.W. क्रमिक का नाम व इलाका व पति न.

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION

Jyothi Deepak

(Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory)

B.W. Lions SuperSpecialty Eye Hospital

No. 5, Lions Eye Hospital Road

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

SIGNATURE of TRUSTEE 1

न्यासी इत्यादि ।

Exchanged

SIGNATURE of TRUSTEE 2

न्यासी इस्तावर २

2020