

34380

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE
सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)
(स्वास्थ्य देखभाल)



APPLICATION No. : आवेदन संख्या : B/1218/0417		APPLICATION DATE : आवेदन तिथि 04/12/2018	
NAME of APPLICANT : आवेदक का नाम Narasimhalu		AGE-YEARS आयु-वर्ष 66	SEX लिंग M
FATHER'S/SPOUSE'S NAME : पिता/कटुम्ब का नाम Chinnakadiappo			
PRESENT RESIDENCE ADDRESS वर्तमान आवास का पता Kannappayya Varipalli, Vayabodu Mandabam,			
PERMANENT RESIDENCE ADDRESS : स्थायी आवास का पता Piler, Chittoor Dist., Andhra Pradesh.			
OCCUPATION : व्यवसाय Farmer		MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)	
TOTAL ANNUAL INCOME : कुल वार्षिक आय 35,000/-		(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 चिह्नन लगायें) Yes / No हां / नहीं			



0417 0417
Narasimha Narasimha
pre op post op

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
	One Daughter Married			

BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable) सहायता के लिये विवृति आधार			
BPL Card (Attach Card Copy) गरीबी रेश का बीध 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 प्रतिवेदन सूची संलग्न
	DOV Right Eye
	RD - 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 ली गई सहायता राशी
	B.W.L.E-H	

f) 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.

- 1) मैं घोषणा करता हूँ कि इस प्रकार से विधि एवं राजी विचारण मेरी जानकारी के अनुसार सच एवं सही है। यदि कोई विपत्ति एवं कथन असत्य पाया जाता है तो मेरी साक्ष्य निरस्त की जा सकती है।
- 2) मेरे द्वारा जो साक्ष्य दान "कोशिका कोशिकालय", से ही का रहा है, उसका उपयोग नहीं करेगा जो पूर्ण के विधे किए जाये, जो इस प्रमाण में बत गया है।
- 3) मैं यह कहता हूँ कि बिना साक्ष्य हेतु यह प्रार्थना की गई है, उस दलील का अधिकार या समर्थन किसी अन्य कोर्ट/निवेदनकर्ता/समर्थक 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/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 fulfillment of the "purpose" for which assistance is being requested.

1) इस प्रश्न का उत्तर हाइकोर का संकेत की बात सामान्य है, (अर्थात्) अपनी सामग्री को पुष्टि करता है एवं "कोशिका फाउंडेशन और उसके व्यक्तियों" को अधिकृत करता है कि मेरा नाम, पता, फोटो और जो विवरण इस प्रश्न में कोशिका है, उसे "कोशिका" एवम् व्यक्तियों, पता, सम्पत्ति/सम्पत्तियों वगैरहों से जुड़ी गतिविधियों और उपस्थितियों के लिए किसी भी प्रकार सम्बन्ध से प्रसंशित करने के लिए अधिकृत है। मेरे प्रश्न का विधान मेरे हस्तक्षेप के पक्ष में या खर में करने के लिए "कोशिका फाउंडेशन" या किसी अधिकृत है।

2) मैं (अर्थात्) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण को कि सहायता के उद्देश्यों से इकट्ठा है मुझे स्पष्ट: सहायता का उद्देश्य नहीं बनना। इस सम्बन्ध में "कोशिका" एवम् उसके व्यक्तियों का निर्णय अंतिम और सम्पत्तियों होगा।

కానీ సామాన్యంగా

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 its 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 & its outcome & safety of the patient, and Koshika Foundation will have no role or responsibility in the matter.

[illegible]

2. "बेसिक्का फायनेंस" से ही यह साक्षात् कोष विधि प्रकृति की है। ऐसी न इच्छा है कि यह बस एक ही तरह का हो, बल्कि यह विभिन्न रूपों में हो, जिनमें से एक ही रूप को ही बेसिक्का फायनेंस कहेंगे। इसीलिए बेसिक्का फायनेंस में ऐसी ही एक ही विधि है, जो कि बेसिक्का फायनेंस की ही है। इसीलिए बेसिक्का फायनेंस में ऐसी ही एक ही विधि है, जो कि बेसिक्का फायनेंस की ही है। इसीलिए बेसिक्का फायनेंस में ऐसी ही एक ही विधि है, जो कि बेसिक्का फायनेंस की ही है।

Date of Surgery
ऑपरेशन की तारीख
25/12/2018

Dr. SURESH BALLAL
Consultant
(Name of Dr. & Regn. No. with Stamp)
B.S. Hospital

Jyothi Deepak
Jyothi Deepak
 (Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory)
 B.W. Lions Surgeon & Eye Hospital
 No. 21, Lions Road Hospital
 Dr. Jyothi Deepak, Bangalore - 560 002

Exemplar

Self