

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE
सहायता हेतु आवेदन प्रारूप(Healthcare)
(स्वास्थ्य देखभाल)Koshika
foundation
Building block of life.

APPLICATION No. :

आवेदन संख्या :

B/1218/0418

APPLICATION DATE :

आवेदन तिथि

04/12/2018

NAME of APPLICANT :

आवेदक का नाम

K. Changanarayana Shetty

AGE-YEARS आयु-वर्ष

70

SEX लिंग

M

FATHER'S/SPOUSE'S NAME :

पिता/कटुम्भ का नाम

Narayana Shetty

PRESENT RESIDENCE ADDRESS वर्तमान आवास पता

Brahmin Street, Raychuli Mandabam,

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS : स्थायी आवास पता

Piler, Chittur dist, Andhra Pradesh

OCCUPATION :

व्यवसाय

Farmer

TOTAL ANNUAL INCOME :

कुल वार्षिक आय

40,000/-

MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)

(Attach Proof of Income)

(आय का सत्य संलग्न)

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

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
	Shanath Babu	41	M	Son
	Anand babu	37	M	Son
	One Daughter Married			

BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable)

सहायता के लिये विनति आधार

BPL Card (Attach Card Copy) गरीबी रेखा 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 प्रतिवेदन सूची संलग्न
	DUV Right Eye
	RG - STC8 + 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 सही 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 धन्यवाद करता हूँ कि इस प्रश्न में दिनेश ने सही विवरण मेरी सहायता के अनुसार प्राप्त कर लिया है। यदि कोई विवरण प्राप्त करना असमर्थ प्राप्त करता है तो मेरी सहायता प्राप्त की जा सकती है।
- 2) मेरी बात को सहायता प्राप्त "कोविड प्रारम्भिक", मेरी बात सही है, क्योंकि उन्होंने उन्नीसवीं शताब्दी की पूर्व की तर्क दिया कारण, जो इस प्रश्न में प्राप्त प्राप्त है।
- 3) मैं धन्यवाद करता हूँ कि विश्व साक्षात्कार में यह प्रश्न की सही है, जो कि वह अतीत का समय विचार विचार अन्य प्रोत्तान्तिक/प्रश्न/प्रश्न/प्रश्न की मेरी बात है और मेरी प्रतिक्रिया में प्रतिक्रिया।

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.

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 उपर पर अपने इसका या अपने को लगाने पर, मैं (आवेदक) अपने सहाय को पुष्टि करता हूँ एवं "कोरिन्थ फाउंडेशन और उसके न्यायियों" को अधिकृत करता हूँ कि मेरा नाम, पता, फोने और वो विवरण इस प्रत्य में संक्षिप्त है, जो "कोरिन्थ" एवम् न्यायी, राज, सचनरक द्वारा उद्देश्य से बुद्धी योविधियों और उचितभित्तों के लिये किसी को प्रसार माध्यम से प्रसारित करने के लिए अधिकृत है। मेरे प्रत्य का विवरण मेरे प्रत्य के पहले या बाद में करने के लिए "कोरिन्थ फाउंडेशन" व न्यायी अधिकृत है।

2) मैं (आवेदक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोने और विवरण जो कि संस्थाओं के उद्देश्यों से प्रसारित है मुझे सहाय का उद्देश्य नहीं बदला। इस सम्बंध में "कोरिन्थ" एवम् उसके न्यायियों का निर्णय अंतिम और सचनरक होना।

આચેરક નો રાખાધાર ના સંગે ના નિગાન

AGREEMENT by HOSPITAL (हॉस्पिटल द्वारा स्वीकृति)

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 अधिकृत, हमलापरी की ओर से मान्यताप्राप्ति को "कोलेज फरमंडेशन" से विधिपूर्वक सहायता हेतु सिफारिश की जाती है, जिसे हम (हस्ताक्षर) निम्न प्रकार से मान्य व स्वीकार करते हैं।

[illegible]

2. "कंठितवा फलाम्बेश्वर" से भी यह साधन का कोटि मिलित प्रवृत्ति की है। ऐसी पर इत्यस्त द्वय ही यह सत्य या विवेचने के उपपन्नप्रक्रिया का पुष्पा ऐसी एवं अन्तर्गत के बीच का विषय है और "कंठितवा फलाम्बेश्वर" द्वारा किसी प्रकार का कार्य प्राप्त नहीं है। इसीलिए इत्यस्त में ऐसी के इत्यस्त सुख और ज्ञान ज्ञान के द्वारा निम्नोपरि ऐसी एवं इत्यस्त की होती और "कंठितवा" की ज्ञाने बुद्धि का निम्नोपरि इस समले में गरी होगी।

स्वीकृती या लिप्त संस्कृति

05/12/2018

(Name of D/L & Robot No. with Stamp)

[illegible]

(Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory)

B.W. Lyons *Senegal* (Africa) 10-20-21

डॉ. व. ए. एस. हर्षनाथ जीवितः अभिलेखी

FOR INTERNAL USE OF KOSHIKA FOUNDATION

Dr. J. S. Jayaram, Bangalore - 560 002

SIGNATURE of TRUSTEE 1

स्यसौ हावव्या ।

SIGNATURE of TRUSTEE 2

न्यायी इस्लाम 2