

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE
 सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

 (Healthcare)
 (स्वास्थ्य देखभाल)

Koshika
 foundation
 Building block of life.

APPLICATION No.:

आवेदन संख्या:

B/1218/0438

APPLICATION DATE:

आवेदन तिथि

11/12/2018

NAME of APPLICANT:

आवेदक का नाम

Ghouse peeli

AGE-YEARS आयु-वर्ष

SEX लिंग

60

M

FATHER'S/SPOUSE'S NAME:

पिता/कन्या का नाम

Kabeem Sab

PRESENT RESIDENCE ADDRESS वर्तमान आवास का पता

Poddapalli, Chinnagallikalalu Mandalam,

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS: स्थायी आवास का पता

Piler, Chittoor Dist, Andhra Pradesh

OCCUPATION:

व्यवसाय

Coolie

MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)

TOTAL ANNUAL INCOME:

कुल वार्षिक आय

30,000/-

(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 चिह्न 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
	Masthane	28	M	son
	Two Daughters			Married

BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable)

सहायता के लिये विनति आधार

BPL Card (Attach Card Copy) गरीबी रेषा 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
	DOV Right Eye
	RG - 8108 + 10L

ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES

इस उद्देश्य के हेतु कोई अन्य सहायता किसी अन्य स्रोत से ली जा रही है?

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	


 0438 0438
 Ghouse peeli Ghouse peeli
 Po op Po 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.

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 सोचता हूँ कि इस प्रश्न में दिये गये सभी विवरण से अनुमान लगाया जा सकता है कि यह किस प्रकार का प्रश्न है।

2) मेरी इस जो खासियत थी "कोनिका फाउन्डेशन", से सी का थी है, ताकि अपना उसी उत्तर को पूरा के लिए किया जाये, जो इस उत्तर में मैंने देना है।

3) मैं सुनिश्चित करता हूँ कि जिस गठामात्र से यह प्रार्थना की गई है, उस पर रक्षित का अर्थित्व या समस्त विपत्तियों से निवृत्ति का प्रोत्साहन/निर्देश/प्रार्थना सम्पन्न हो न तो सत्य है और न ही प्रार्थना में शुद्धता।

1) By affixing my signature or thumb impression on this Form, I (Applicant) hereby agree & authorise Koshika Foundation and its 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 its 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 हाथों से अंश को छाप लें। यही (अक्टूबर-86) अपनी रायगी की मुद्रि कराई है एवं "कोविदा फाउंडेशन और उसके स्थायी" को जीवित करा है कि ये सब, कोविदा के नाम पर ही नहीं है बल्कि यह "कोविदा" का नाम है। यह सचमुच हमारे स्वदेश में जो भी निर्धारित और वस्तुनिष्ठ के दिने किसी भी प्रकार सम्भव

सत, पीठ और जी विभाग इस प्रकार में बाँटे हैं, जो "कॉलिका" स्वरूप वाली, एक-दूसरे से जुड़ी कॉलिफिथेका और कलिकला के नाम किताबें प्रकाशित की गई हैं।

2) मैं (आरंभक) इस बात में सहमत हूँ कि मेरा जन्म, पढ़ा, खेती और विद्यालय को कि सहायता को वर्द्धन से प्रेरित है भूले सता: सहायता या इकाएन नहीं बनाता। हम सम्बंध में "सर्वशक्ति" एकम् उल्लेख व्यक्तियों का निर्माण और सफलता होया।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION :

अमेरिका में इस्लाम या अंगूठे का निशान



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 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.

हमारे अधिकृत, हस्ताक्षरों की ओर से गान्ते/रोम् के "कोरिना फर्नान्डेस" से प्रेषित प्रमाण हेतु निर्धारित की जा रही है, जिसे हम (हस्ताक्षर) निम्न प्रकार से सत्यापन व समीक्षा करते हैं।

[illegible]

2. "कोरिन्थ कान्फेरेन्स" से की गई सावधानी केवल विविध प्रवृत्ति थी है। रोमी का इस्तेमाल द्वारा श्री मई अलग-थलग का विषय नहीं उपचार/प्रशिक्षण का चुनाव रोमी एवं इस्तेमाल के बीच का विषय है और "कोरिन्थ कान्फेरेन्स" द्वारा किसी प्रकार का कोई प्रभाव नहीं है। इसलिए इस्तेमाल में रोमी के हाथक मुद्रा और अपने जाने को सही दिग्दर्शनी रोमी एवं इस्तेमाल की होती और "कोरिन्थ" की कोई भीविषय का विषयवर्ती इस मामले में नहीं होती।

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE
स्वीकृती के लिए संस्तुति

Date of Surgery
ऑपरेशन की तारीख

Dr. SHEETAL BALLAL

Consultant

KMC No. 55204

23. Name of Dr. & Regn. No. with Stamp:

२५. हाकरा का नाम च इसाया ४५ एम्. २५

TOTAL CONTROLS

(Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory)

R. W. Lyons, Surgeon-in-Chief, Hospital

नाम व पद हमदातः अभिमतः अभिप्रेतः

conducted and Duration = 560.0

ಜನಕಿಬಸವೇಂದ್ರ Road, Bangalore - 560 002

SIGNATURE of TRUSTEE 1
नामही हस्ताक्षर 1

SIGNATURE of TRUSTEE 2
नामही हस्ताक्षर 2

Erfaugyl

Sc 28