

34721

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE

सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)
(स्वास्थ्य देखभाल)

Koshika
Foundation
Building Block of life.

APPLICATION No. :

आवेदन संख्या :

B/1218/0443

APPLICATION DATE :

आवेदन तिथि

11/12/2018

NAME of APPLICANT :

आवेदक का नाम

V. Ramaiah

AGE-YEARS आयु-वर्ष

70

SEX लिंग

M

FATHER'S/SPOUSE'S NAME :

पिता/कन्या का नाम

Veerappa

PRESENT RESIDENCE ADDRESS वर्तमान आवास पता

Basinreddygaddapalli, K.V. palli Mandalam

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS : स्थायी आवास पता

Piler, Chittoor Dist, Andhra Pradesh.

OCCUPATION :

व्यवसाय

Coolie

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 निशान लगाएं)

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
	Raja	40	M	son
	One Daughter Married			

BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable)

सहायता के लिये विनियम 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) उपभोग्यता कार्ड (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें)	Any Other Basis/Proof अन्य कोई साक्ष्य
---	---	--	--

"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE:

सहायता हेतु किये गये विनियम का उद्देश्य:

Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached अस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई प्रतिवेदन धुंधी संलग्न
	DOV Right Eye
	RE - 8100 + IOL

ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES

इस उद्देश्य के हेतु कोई अन्य सहायता किसी अन्य स्रोत से लीया गया है?

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	



0443 0443
Ramaiah Ramaiah
Poc op Poc 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 योग्य कला हूँ कि इस प्रकार से दिने गले छापी विमल मेरी जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही है। यदि कोई विमल एवं कथन सत्य सत्य प्रकट है तो मेरी सहायता निराह की जा सकती है।
- 2) मेरी द्वारा से साक्षरता छापी "कॉलिका एक्स्पर्टिस", से सही जा रही है, इसका उपयोग सही प्रत्यक्ष की पूर्ति के दिने विमल साक्षर, जो इस प्रकार में सत्य एवं सही है।
- 3) मैं पूर्ण कला हूँ कि विमल साक्षरता से सही प्रत्यक्ष की गई है, उस प्रति का अधिकार या साक्षर विमल विमल अलग साक्षरिणीयक/साक्षर कम्पनी से न से विमल है और न ही अधिकार में सही है।

AGREEMENT by APPLICANT (जयदेव ठापा कपल)

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/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 प्रपत्र पर अपने हस्ताक्षर या ओपन को छाप साबित, मैं (अवेदक) अपनी समझ में जोरि कहता हूँ एवं "कोशिका परामर्शन और उसके न्यायिक" को स्वीकृत करता हूँ कि ये सं. पत्र, फोटो और वो विवरण इस प्रपत्र में कोशिका है, उसे "कोशिका" एवम् न्यायिक, राज, साबित/पत्र तुरन्त उद्देश्य से जुड़ी कोशिकाओं और उपस्थितियों के लिये किसी भी प्रकार सम्भव से प्रमाणित करने के लिए अधिकृत है। मेरे प्रपत्र का विवरण मेरे इरादों के पहले या बाद में करने के लिए "कोशिका फाइलिंग" व न्यायिक अधिकृत है।

2) मैं (अवेदक) इस बात से साबित हूँ कि ये सं. पत्र, फोटो और विवरण को कि सहायता के उद्देश्य से प्रमाणित है मुझे सहा. सहायता का हस्ताक्षर नहीं करता। इस सम्बंध में "कोशिका" एवम् उसके न्यायिकों का निर्णय अंतिम और साबितकारी होगा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION :

आंध्रप्रदेश के राजधानी नए दिल्ली का निवास

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 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.

इससे अतिरिक्त, हाइड्रोजन की ओर से आनेवाले सभी को "अधिकांश फायदेमंद" से अधिकतर सहायक हेतु निष्कर्षों को जारी है, जिसे हम (इसका) विषय इससे से अन्य में स्वीकार करते हैं।

1.) यह कि न तो कॉलेज और न ही कॉलेज में विविध सार्वजनिक विद्यालयों और सरकारी संस्थानों का विद्यालय अन्य संघों को प्राप्त होना/पाने में सक्षम या तो रहे हैं, और कि हमने "कॉलेज फरवर्डेशन" से शिक्षण/विशेषी उक्त को सम्बंध में "कॉलेज फरवर्डेशन" द्वारा मदद हेतु कि है। यदि "कॉलेज फरवर्डेशन" द्वारा सार्वजनिक विद्यालयों/विशेषी संस्थानों से प्राप्त नहीं किया जा रहा है तो सम्बंधित विद्यालयों और सरकारी संस्थानों का विद्यालय अन्य सार्वजनिक से सहायता लेने का अधिकार सुरक्षित रहता है। इस दृष्टि में स्पष्ट कहा जाता है कि सम्बंधित विद्यालय मदद उक्त होना/पाने हेतु विद्यालयों और सरकारी संस्थानों का विद्यालय अन्य सार्वजनिक से नहीं लेना/लेगी।

2. "कोरिन्था फाउन्डेशन" के लक्ष्य का अन्तर्गत संस्था विधायि प्रकृति की है। ऐसी पर इम्प्लान्ट इस से पूर्व सफल या भविष्य में उपचार/प्रतिफल का सुनिश्च नहीं एवं इम्प्लान्ट के बीच का विवाद है और "कोरिन्था फाउन्डेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई दबाव नहीं है। इसलिये इम्प्लान्ट में ऐसी के इरादा सुनिश्च और जाने जाने की सारी विनियमों ऐसी एवं इम्प्लान्ट की होती और "कोरिन्था" को कोई भूमिका या विनियमों इस मामले में नहीं होगी।

RECOMMENDED FOR ACCEPTENCE

ध्वीकृतों के लिए संसाधन

Date of Surgery
अपरेशन की तारीख

12/12/2018

Dr. SHEETAL BALLAL
Consultant

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

B.W. का नाम व हस्ताक्षर व रोज नं.

Jyothi Deepak

(Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory)

B.W. Lions Super Speciality Eye Hospital
No. 3, Lions Eye Hospital Road

(OFF.) FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION

82, Electronic Road, Bangalore - 560 002

SIGNATURE of TRUSTEE 1

म्यासी इन्फ्रान्क ।

SIGNATURE of TRUSTEE 2

न्यायी इमरतुल्लाह २

09.08.2018