

36201

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE

सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)

(स्वास्थ्य देखभाल)

Koshika
foundation

Building block of life.

APPLICATION No.:

आवेदन संख्या:

B/0119/0458

APPLICATION DATE:

आवेदन तिथि

08/01/2019

NAME of APPLICANT:

आवेदक का नाम

Shahed Pasha

AGE-YEARS आयु-वर्ष

SEX लिंग

56

M

FATHER'S/SPOUSE'S NAME:

पिता/कटुम्भ का नाम

Hussman Sub

PRESENT RESIDENCE ADDRESS वर्तमान आवासीय पता

Gallapalli, Sundapalli Mandalam,

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS: स्थायी आवासीय पता

Piler, Chittoor Dist, Andhra Pradesh

OCCUPATION:

व्यवसाय

Farmer

TOTAL ANNUAL INCOME:

कुल वार्षिक आय

40,000/-

MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)

(Attach Proof of Income)

(आय का साक्ष्य संलग्न)

PAN No. स्वयं 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 लगावे)

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
	Saifulla	25	M	Son
	Mohammed Ali	22	M	Son
	Three Daughters	Mohammed		

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 छाव प्रति संलग्न करें)	EWS Certificate (Attach Certificate Copy) अल्प आय वर्ग प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की छाव प्रति संलग्न करें)	Ration Card (Attach Copy) उपभोग्यता कार्ड (प्रमाण पत्र की छाव 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
	RE- RIGED + Tol

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	



0458 0458
Shahed Pasha Shahed Pasha
pre 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.

2) मेरी हवा को सहायक एरि "परिस्थित आगमनेन", से ही का रही है, इसका उपयोग करी करीन को चुने का साथ निकल करके, जो इस प्रकार न ही नही का

3) मैं हीन करके हैं कि जिस प्रकार से वह प्रत्यक्ष की गई है, इस एरि का अतिरिक्त का सहायक विचार किसी अन्य प्रो-निरोधक-की-काम्यो से न हो निकल है और न ही अतिरिक्त में लुप्त।

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 प्रश्न पर अपने हस्ताक्षर या अंगूठी की तस्वीर लगाकर, मैं (अभ्यर्थक) अपनी सहायिता की छुट्टि काटता हूँ एवं "कोरिका फाउंडेशन और उसके ग्राहकों" को अधिभूत करता हूँ कि मेरा नाम, पता, फोने और वे विवरण इस प्रश्न में घोषित है, उसे "कोरिका" द्वारा जारी, प्रकाशित/या दूसरे उद्देश्य से मुझे गोपनीयता और उपयोगिता के तहत किसी भी प्रकार सम्पन्न हो सहायिता करने के लिए अधिकृत है। मैं प्रश्न का विवरण और प्रश्न के चारों तरफ से करने से लिए "कोरिका फाउंडेशन" व ग्राहकों अधिभूत है।

2) मैं (आवेदक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण जो कि साक्ष्य के दस्तावेजों से प्रमाणित है मुझे सच; साक्ष्य या हथियार नहीं बनना। इस सम्बंध में "कॉन्फिड" एवम इसकी जगहों का निर्णय अंतिम और बाध्यकारी होगा।

अपेक्षाओं को इलाज या सर्जिकल का निदान

S. Karthikeyan

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 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 अधिपति, इसलिये की ओर से भगवद्गीता की "योगिका धारणा" से निर्णय प्राप्त होना सिद्धांत की ओर है, जिसे हम (भगवद्गीता) निम्न प्रकार से समझ व समीक्षा करते हैं।

[illegible][illegible]

स्वीकृति के लिए संसुति

09/01/2019

Name of Dr. Gonzales: _____

2004年12月10日

U. W. LLOYD, Superintendent, New York, N. Y.

No. 3, Loeb Eye Hospital Road

SIGNATURE OF TRUSTEE _____

न्यायौ दस्ताक्षर ।

(Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory)

Additional
on behalf of Board.

B.W. Liong, SuperSpecialist

No. 5, Lions Lye Hospital Road

Off. I.C. Road, Bangalore - 560 002

SIGNATURE of TRUSTEE 2

संख्या २

10/11/18