

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE

सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)
(स्वास्थ्य देखभाल)

Koshika
foundation
Building block of life.

APPLICATION No.:
आवेदन संख्या:

B/0119/0459

APPLICATION DATE:

आवेदन तिथि

08/01/2019

NAME of APPLICANT:
आवेदक का नाम

Siddharanai

AGE-YEARS आयु-वर्ष

65

SEX लिंग

M

FATHER'S/SPOUSE'S NAME:
पिता/पत्नी का नाम

Chinnababaveiah

PRESENT RESIDENCE ADDRESS वर्तमान आवासीय पता

Musevandlapalli, Kalukoni Mandalam,

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS: स्थाई आवासीय 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. स्थाई आयकर 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
	Two Daughters		Married	

BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable)
सहायता के लिये विनति आधार

BPL Card (Attach Card Copy) गरीबी रेशा 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 विनती का उद्देश्य:

Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached अस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई प्रतिनिवेदन सूची संलग्न
	DOV Left Eye
	LE - RICH + 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 सी गई सहायता राशी
	B.W.L.E.H	



0459 0459
Siddharanai Siddharanai
-ah -ah
pos op pos op

4) 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.

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.

1) मैं योजना काउंट हूँ कि इस प्रकल्प से दिले गये राशी निम्नानुसार मेरी जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही है। यदि कोई विषयार्थ कथन असत्य पाया जाता है तो मेरी सहायक निमत की जा सकती है।

3) मैं सुचिंतन करता हूँ कि विश्व सभ्यताओं के विकास का अर्थ क्या है, क्या सभ्यता का अर्थविकास या सभ्यता विकास किसी अन्य प्राकृतिक/सामाजिक/वैज्ञानिक/कलात्मक से न हो सता है और न ही अविद्यमान है।

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 fulfilment of the "purpose" for which assistance is being requested.

1) इस प्रश्न पर अपने उत्तरफल में कमेंट की जाय सम्भव, यै (अथवा) अपनी सम्मति की पुष्टि करता हूँ एवं "कोशिका परामर्श और उसके जालीक" को अधिकृत करता हूँ कि यह सब,

2) ये (अक्षररूप) इस बात से सहमत हैं कि पंच नाम, पाता, पंखों और विवरण जो कि सहायक के चरित्रों से प्रतीय है मुझे स्पष्ट: सहायक का हफ़ादर नहीं बताया इस सम्बंध में "कॉलिडा" एकादशके न्यासियों का निर्दिष्ट अधिक और सज्जवती होगी।

आवेदन के इस्तफा के अंगी का निमान



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.

हमने अधिकतर इच्छाशी की और से जगलोगरी की "योगिना फाउन्डेशन" से स्थिति राज्यात हेतु सिफारिश की जाती है, जिसे हम (हमजालत) भिन्न प्रकार से मदद व सहीकार करते हैं।

1.) यह कि न तो व्यक्तिगत और न ही व्यक्तिगत में विभिन्न सहायता किसी एक सहायता संगठन या किसी अन्य संघों में क्या ऐसी-यागल में होवे या न हो, जैसे कि हमने "सर्वोच्च सहायता" से सिफरिशन/सिफरी कल से सम्बन्ध में "सर्वोच्च सहायता" का नगर हेतु कि है। यदि "सर्वोच्च सहायता" इस सहायता विधि अतिरिक्त/सहायता हेतु बनने नहीं दिया जात है तो अन्यथा सिफरी अन्य एक सहायता संगठन या किसी अन्य संगठन में सहायता लेने का अधिकार सुरक्षित रहता है। इस धृति में स्पष्ट कहा जात है कि अनपेक्षित दिवस मर उक्त सहायता हेतु किसी एक सहायता संगठन या किसी अन्य संगठन से नहीं लेना/लेनी।

2. "बौद्धिक फाइनेंस" से तो वह सहायता फंडस विविध प्रकृति की है। ऐसे पर हमारा इस की पूर्ण खोज का विचार नहीं उपचार/प्रक्रिया का चुनाव सेही एवं हमारा के बीच का विषय है और "बौद्धिक फाइनेंस" द्वारा किसी प्रकार का कोई रास्ता नहीं है। इसलिए हमारा यह सेही के द्वारा सुझा और करने जाने की भी विमोचनी सेही एवं हमारा की होगी और "बौद्धिक" की कोई प्रतिक या विमोचनी इस रूप में नहीं होगी।

स्वीकृती के लिए संसुति

W. Biondini, Jr.: *Superintendent, St. Joseph's Hospital*

B.W. Liong Supermarket

Off: J.C. Road, Bangalore - 560 002

न्यासी इत्यादि ।

न्यासो हस्त्याक्षर २