

**APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE**  
सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)  
(स्वास्थ्य देखभाल)

APPLICATION No.:  
आवेदन संख्या :

B0119/0462

APPLICATION DATE:  
आवेदन तिथि 08/01/2019

NAME of APPLICANT:  
आवेदक का नाम

Thimmiah

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

Chinnanageiah

PRESENT RESIDENCE ADDRESS: कर्तमान आवासीय पता

Kusuvapalli, Sundaipatti Manabm,

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS: भवान आवासीय पता

P. Box, Chittor Post, Andhra Pradesh

OCCUPATION:

Farmer

TOTAL ANNUAL INCOME:

35,000/-

MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)

(Attach Proof of Income)  
(आप का सभ्य संलग्न)

PAN No. स्वार्ड संख्या संलग्न

ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable):  
क्या आप आय कर रहे हैं (जो मात्र हो डास पर सही का निशान साधारण)

Yes / No  
हाँ / नहीं

**FAMILY DETAILS** परिवार विवरण

Sr. No.	Name of Family Member परिवार के सदस्यों का नाम	Age (Years) उम्र (वर्ष)	Gender लिंग	Relation with Applicant आवेदक के साथ सम्बन्ध
	Anjaneyulu	34	m	son
	One Daughter Married			

**BASIS for REQUESTING ASSISTANCE** (Tick whichever is applicable)  
सहायता के लिये विवरी अधार

BPL Card (Attach Card Copy) गरीबी रेखा के नीचे प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की साथ जड़ित संलग्न करें)	EWS Certificate (Attach Certificate Copy) आप गरीब वर्ग इकाय पत्र (प्रमाण पत्र की साथ जड़ित संलग्न करें)	Ration Card (Attach Copy) उपपोषक कार्ड (प्रमाण पत्र की साथ जड़ित संलग्न करें)	Any Other Basis/Proof अन्य कोई साक्ष
--	--	--	---

**"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE:**  
सहायता हेतु किये गये विवरी का उद्देश्य:

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

**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 लो गई सहायता राशी
	B.W.L.E.H	

**Koshika**  
foundation  
Building block of life.



0462 0462  
Thimmiah - Thimmiah  
Poe op Poe op

**DECLARATION by APPLICANT:** अप्पिकेंट द्वारा घोषणा करते हुए:

- 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 प्रेस्ट बालक हूँ यि इस बालक ने दिए गए सभी विवरण परी कारकों के अनुग्रह भव्य रूप दिया है। यदि घोटा विवरण भव्य कारण बालक चला जाता है तो मेरी सहायता निम्न की तरफ रहती है।

2) मैं इसके लालचा रूपी "कारिगर भव्य उद्देश्य", से कोई बाल नहीं हूँ, उपरांत उम्मी उद्देश्य को पूर्ण के दिले किया जाएगा, जो इस प्राकार में याद रखा है।

3) मैं चुनिया चला हूँ तो विवाह सहायता देने वाले व्यक्ति की नींव है, उस दृष्टि का अतिरिक्त या उपरांत विवाह किसी बाधा योग्यतिवृद्धिकारी व्यक्ति करने वाले से न को तिक्ता है और वही व्यक्ति ये नहीं है।

AGREEMENT by APPLICANT (अर्पणाकारी द्वारा)

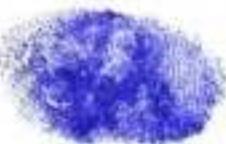
- 1) By affixing my signature or thumb impression on this Form, I (Applicant) hereby agree & authorise Koshika Foundation and it's Trustees to use/publish/put-up/reproduce my name, address, photo & details of the "purpose", for which such assistance is requested/granted, through any medium, including 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.

- 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 प्रकार यह अपने हातों वाले लोगों, जैसे (आरेक) अपनी लाइटी की मुट्ठी करता है एवं "कोशिशका फाँटड़ैरन और उसके न्याहीतों" को अधिकृत करता है कि ये वह लोग, जोड़े और वो विषय इस प्रकार ये खोया है, उन्हें "कोशिशका" एवं नामांग, वाच, वाचकाचा गूँजे उद्दरेश्य से जुड़ी अंतिविधियाँ और उदाहरणों के सिवे किसी भी प्राकृत वाच्यम् से प्रसारित करते के लिए अधिकृत है। गोप प्रपाद का विषयम् में इनका दो पहले या छठे ये काले के लिए "कोशिशका फाँटड़ैरन" य न्याही अधिकृत है।
  - 2) वै (आरेक) इस बात से सहायता है कि ये वह लोग, जोड़े और विषय यों कि सहायता के उद्दरण्यों से प्राप्तिया है युक्ते वाचः सहायता का इकाईर वही बनता। इस सम्बन्ध में "कोशिशका" प्राकृत उदाहरणों का निर्वाच अधिकृत और अधिकृती होता।

**APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION:**

स्टोरिक के व्यवस्था वा ग्राहनि वा विनाश



AGREEMENT by HOSPITAL (स्पष्टीकृत अस्पताल)

By affixing hereunder, signature of our Authorised Signatory for recommending this case/patient for financial assistance from Koshika Foundation, we (hereinafter) 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 this matter.

इनपर अधिकारी, दस्तखती की बोर से व्यवस्थिती को "फॉरेंटल ट्राइक्सेन" से विविध रूपालय हैं जिसकी की जाती है, जिसे हम (उत्तराखण्ड) में अब से बाह्य संस्करण कहते हैं।

- 1) यह कि न हो यांत्रिक और न ही अधिक में विशिष्ट संसाधन किसी गैर साक्षात् दृष्टिकोण से निर्णय लगवाने से प्रकृति के उपलब्ध संसाधनों में ज्ञानी पांडु तो रहे हैं, जैसे कि इमाने "कोटीवाह प्राच्यवर्षान्" से विकारीशिवनिंदित दृष्टि के पासमें "कोटीवाह प्राच्यवर्षान्" इष्ट ग्रन्थ द्वारा किया गया है। यदि "कोटीवाह काव्यवर्षान्" इष्ट संसाधन विभिन्न वर्तीकाशासकत होता बनता तो यह किया जाता है क्योंकि संसाधन विभिन्न गैर साक्षात् दृष्टि का उपलब्ध संसाधन होता पांडु यांत्रिक सुर्योदय रखता है। इष्ट यूटि ये साप्त ग्रन्थ चाहते हैं कि आवश्यक दिव्य वर्द भक्त द्वारा देखी-चक्रते होते रहते हैं कि यांत्रिक संसाधन विभिन्न गैर साक्षात् से ज्ञानी होने को चाहते हैं।

२. "कोरिशिका छात्रदेहन" से ऐसी वर्षा चालाका कीपत रिपोर्ट प्रकृति थी है। ऐसी या इसलाल द्वारा ये वर्षा चालाका या जिसमें ये उपलब्धताक्रिया का सूनव ठीक एवं इस्तेमाल के बोध का लिखा है और "कोरिशिका छात्रदेहन" द्वारा जिसी इकाई का कोई विवाद नहीं है। इसलिये इसलाल में उनी जो इसाब गुणज और जाने वाली यादी विस्तृत रूप से इस इसलाल की दृष्टिकोणीय "प्रोटोकॉल" वा विवरण से विस्तृत रूप साझा किये गये थे।

**RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE**

साटीयारी के लिए संस्कृति

Date of Surgery  
ਅਧੀਨਤ ਦਿਨ  
09/01/2019

**Dr. SHEETAL BALLAL**  
**Consultant**  
(Name of Dr. & Design. No. with Stamp)  
इन्हें लाइसेन्स दिया गया है। प्राप्ति संख्या ३५१८  
B.W.Lic. No. 3518 Date 10-10-2018

No. 5, FOR INTERNAL USE OF KOSHICA FOUNDATION  
(Off. J.C. Road), Bawalipora - 350 002

**Tyothi Deepak**  
(Name, Designation & Status of Authorised Signatory)  
Adm. M.D. Hospital  
B.W. Lions Super Speciality Hospital  
11th North, Lions Eye Hospital Road  
Off: I.C. Road, Bangalore - 560 002

SIGNATURE of TRUSTEE 1  
नवाजी हस्ताक्षर ।

SIGNATURE of TRUSTEE 2  
न्यासी इस्तेहा 2

*Safary*

Sir B