

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE
सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)
(स्वास्थ्य देखभाल)



APPLICATION No.: आवेदन संख्या: **B/0119/0462** APPLICATION DATE: आवेदन तिथि: **08/01/2019**

NAME of APPLICANT: आवेदक का नाम: **Thimmaiah** AGE-YEARS आयु-वर्ष: **62** SEX लिंग: **M**

FATHER'S/SPOUSE'S NAME: पिता/कटुस्थ का नाम: **Chinnanagaiah**

PRESENT RESIDENCE ADDRESS: वर्तमान आवास पता: **Kuvuvapalli, Sundapalli Manaham,**

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS: स्थाई आवास पता: **P.O. Chittoor Dist, Andhra Pradesh**



0462 0462
Thimmaiah Thimmaiah
Pre op Post op

OCCUPATION: व्यवसाय: **Farmers** MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित):

TOTAL ANNUAL INCOME: कुल वार्षिक आय: **35,000/-** (Attach Proof of Income) (आय का सबूत संलग्न करें)

PAN No. स्थाई खाता संख्या:

ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable): क्या आप आय कर पत्रा है (जो लागू हो उस पर सही का चिह्न 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
	Anjaneyulu	34	M	Son
	One Daughter	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) उपभोक्ता कार्ड (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें)	Any Other Basis/Proof अन्य कोई सबूत
--	--	--	-------------------------------------

"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 - DSCB + Tot

ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES इस उद्देश्य के हेतु कोई अन्य सहायता कितने 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 राशि
	B.W.L.E.H	

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.

1. मैं अपना ध्यान दे रहा हूँ कि क्या प्रस्ताव मेरे हितों के साथ मेल खाता है। यदि कोई विचार एवं कथन अस्वाभाविक प्रतीत होता है तो मैं तुरन्त निरास हो जाऊँगा।

2) श्री श्याम जो महात्मा श्री "कानिश्क पञ्चमोहन", से स्वी का ली है, उनका उपयोग उसी उद्देश्य की पूर्ति के लिये किया जायेगा, जो इस प्रसंग में पाया गया है।

3) मैं नहीं समझता हूँ कि जिसे सामान्य होत यह प्रारम्भ की ताई है, उसा हाकि का अतिथिमा या समस्त विमता किन्ती अथ छोट/विशेषकर/बोमि समान से न हो किता ह और न ही समान्य से भूता

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/post-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 हवाला के अंतर्गत की जा सकती है, मैं (अधिकांश) अपनी जाति की दृष्टि से हूँ एवं "भारतीय कानून और राज्य" के अधिनियम के अंतर्गत मैं भी हूँ।

एक, सोते और वे विमान इस प्रश्न पे खेला है, उसे "कठिनाई" एम् नमो, धन, पाचक्य दूसरे उद्देश से जुड़ी गतिविधियां और उपलब्धि के

सं प्रस्तावित करने का लिए आपत्कृत हो। गैर प्रस्ताव को विचारण में लाने के १९८३ में कर के कटौत के लिए संसिदास १९८३ में प्रस्तावित किया था।

“कोशिका” एवम् उभयके पञ्चदशमे वा त्रिंशत् अक्षरे चाम्भकारी इत्येव।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEGAL REPRESENTATIVE'S SIGNATURE: _____



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 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.

इससे अतिरिक्त, इसकाही की ओर से मालापोली की "कोशिका आन्दोलन" से प्रेरित सहायक हेतु मिश्रित की जाती है, जिसे हम (इसका) दिन प्रारंभ से मध्य रात्रि तक करते हैं।

[illegible]

2. "कोशिका आउटलेट" से तो यह सामान्य संकेत मिलता प्रकृति को है। रंगों या हस्तगत द्वारा ही गई सरासरी या किने गये उपकरणधर्मिता का सुचारु लेख एवं हस्तगत के बीच का विषय है और "कोशिका आउटलेट" द्वारा किसी प्रकार का कोई प्रभाव नहीं है। इसीसे हस्तगत में रंगों के हस्तांतरण और जाने जाने की सारी विम्वरणी लेनी एवं हस्तगत को होनी और "कोशिका" भी कोई बुनियाद या विम्वरणी इरा माल में नहीं होगी।

मार्गदर्शकों के लिए संस्तुति

09/01/2019

Consultant:
(Name of Dr. & Reun. Ag. with Stamp)

B.W. Lipton, J. Wang / Journal of Macroeconomics 25 (2003) 611–628

No. 5, FOR INTERNAL USE OF KOSHIKA FOUNDATION
(Off. I.C. Road), Bangalore - 560 002

Administrative Use Only

B.W. Lions Supermarket

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

भारतीय इतिहास १

नवम्बर २

Erbenzyl

Self