

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

(Healthcare)  
(स्वास्थ्य देखभाल)

APPLICATION No. :  
आवेदन संख्या :

B10119/0474

APPLICATION DATE :  
आवेदन तिथि 08/01/2019

NAME of APPLICANT :  
आवेदक का नाम

Krishnareddy  
Venkateshreddy

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

Venkateshreddy

PRESENT RESIDENCE ADDRESS : वर्तमान आवासीय पता

H-63, J.N.R Colony, Rampachola Mandalam,

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS : स्थान आवासीय पता

Piler, Chittoor Dist., Andhra Pradesh

OCCUPATION :  
अवस्था

Farmer

TOTAL ANNUAL INCOME :

कूल वार्षिक आय

40,000/-

MARRIED (मिशनीय) / UNMARRIED (अमिशनीय)

(Attach Proof of Income)  
(आय का साक्ष दस्तावेज़)

PAN No. स्थाई खाता संख्या

ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable):  
कौन सा/सी भारत राज है (जो जन्म हो उस पर सही का निशान लगाये):

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
	Venkata Ramana	54	M	夫
	Suresh	30	M	子

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

BPL Card (Attach Card Copy) गटीवी रेल के नीचे प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की साथ प्रति संरक्षण करें)	EWS Certificate (Attach Certificate Copy) अर्थ आय की प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की साथ प्रति संरक्षण करें)	Ration Card (Attach Copy) उपभोक्ता कार्ड (प्रमाण पत्र की साथ प्रति संरक्षण करें)	Any Other Basis/Proof अन्य कोई साक्ष

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

Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached मरमत्ता/दैनिक से जारी की गई प्रतिवेदन सूची संलग्न
	DOV Right Eye
	RIE - ITC & + DOL

**ASSISTANCE BEING AVALLED 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 AVALLED तीव्र सहायता दरी
	B. 19. L. E. H	

**Koshika**  
foundation

Building block of life.



0474 0474  
krishnareddy krishnareddy  
Post op Post op

**DECLARATION by APPLICANT:** अप्पिकेंट का द्वारा घोषणा करता।

- 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 करता हूँ कि इस प्रकार मेरे द्वारा दिया गया जिम्मेदारी के अनुसार शास्त्र योग्य नहीं है। यदि योग्य विधायक इस लक्षण आधार पर योग्य है तो मेरी सहायता निःशर्त को ज्ञानकीय है।

2) ये द्वारा योग्यता की "कार्यशक्ति कानूनोंका", से लौट जाती है, उपरांत उपर्योग उसी दृष्टिकोण की चूस्ति के द्वारा दिया जायेग, जो इस प्रकार में भा॒ष्य है।

3) मैं पुरुष करता हूँ कि विद्या ज्ञानकार्य ही पृथक् वर्ती नहीं है, उस परिणाम से ज्ञानकार्य का विद्यालय निःशर्त अन्य सौरांशियोवकालीन कामीयी से बड़ी विद्या है और न ही भौतिक में ही है।

**AGREEMENT by APPLICANT (कार्यकर्ता द्वारा कर्तव्य)**

- 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 Kochika Foundation, and their decision in this regard will be final and acceptable to me.

- 1) इस उपत्र पर अपने इत्याहा या अंदरूनी की ताक लगाकर, ये (वारेंट) अपनी सहमति को दिखाएं करता है एवं “कोलिन्स पार्टनर्स और इसके नामदेवी” को अधिकृत काला है कि ये वह वाय, वाय, फोटो और जो विवाह इस प्रकार में घोषित है, उन्होंने “बोलिन्स” एवं नामांकन, बाय, वायनामा सुनो उद्देश्य से जुड़ी गोपीनाथियों और डमलालियों के लिए किसी भी प्रशंसन वाली वायापीत करने के लिए अधिकृत है। ये उपत्र या विवाह भी इत्याहा के पास ही या बाय में जमने के लिए “कोलिन्स पार्टनर्स” व नामदेवी अधिकृत है।
  - 2) ये (वारेंट) इस बाय वे याहाया है कि ये वाय, वाय, फोटो और विवाह जो कि समाप्त के उद्देश्यों से जुड़ी है मुझे लाया; वायापीत या इकट्ठा नामी वायापा। इस सम्बन्ध में “कोलिन्स” एवं उनकी नामदेवी का विवेद अधिक और वायापीती होगा।

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

प्राचीनकाल से इसलिए यह कीटों का नियन्त्रण



**AGREEMENT by HOSPITAL (અમારી સ્વત્ત્વ નોંધ)**

By affixing hereunder, signature of our Authorised Signatory for recommending this case/patient for financial assistance from Koahika Foundation, we /Benzene/ 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.

इसी अधिकारी, इसका पर्याप्त वार्ता को "कांगड़ा लालनदेहरा" से निश्चिप प्रतावका हेतु मिलाई गयी जाती है, जिसे इन (उपर्युक्त) विषय प्रश्न से प्राप्त व स्वीकृत करते हैं।

- 1) यह कि न हो वर्गीकृती वर्त व ही भविष्य में विभिन्न वास्तविक विकासी ग्रन्थकारी संस्कृत वाचकालीन वाचन वा इन्हें अन्य संस्कृत से उभयनामा न लग जा सके के बाबा एवं उपर्युक्त वाचनालय से विभिन्न विविध उच्चता के वाचक वे "क्षेत्रिक वाचन-विवेचन" द्वारा प्रदर्श देते कि हैं। वार्ते "विभिन्न वाचन-विवेचन" द्वारा वास्तविक विभिन्न संस्कृत देते संस्कृत की विकासी वाच है तो अधिकाल विकासी वाच ऐसे ग्रन्थकारी संस्कृत वाचकी वाचक वाचालय ते वाचालया देने का अविकासा भूषित रखता है। इन पूर्ण में वाचक वाचा वाच है विविध वर्त उभय वाची/वाचकी हेतु विकासी वाच वाचकी ग्रन्थ वाच विकासी वाच वाचक है पर्याप्त लेन्डलेन्डी।

2. "कोरिया फलन्डेशन" में सभी गई साकारत कोगत चिकित्सा प्रवृत्ति की है। ऐसी पर हमाराज द्वारा एं यह सहज या किये गये उपचारानुक्रम बदल सुनाव देती है एवं हमाराज की दीन को विवेद है और "कोरिया फलन्डेशन" द्वारा किया गया या कोई व्याप नहीं है। हमारिये हमाराज में गेंगी के घटान सुना और इने जाने वाले सारी विवेदाएँ ऐसी हैं कि हमाराज की गेंगी और "कोरिया" की गेंगी स्थिति का विवेदाएँ यह गलतों में चढ़ी होती हैं।

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE  
संकेतिकी के लिए स्वीकृति

Date of Surgery  
बहिरेत्यन की तारीख  
09/01/2019

Dr. SHEETAL BALLAL

(Name of Consultant, with Stamp)

新編藏文大藏經

D.W. Lione Injury Specialty Eye Hospital  
500 INTERNAL MEDICINE KOPH

SIGNATURE (Last, First, Middle)

Digitized by srujanika@gmail.com

**Jyothi Deepak**  
(Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory  
A doctor of Hospital)  
**B.W. Liver & Heart Transplant Hospital**  
N-95, 5th Cross, 1st Main,  
Off: J.C. Road, Bangalore - 560 002

SIGNATURE of TRUSTEE 2

प्रतीकात्मक ३

#### **Table 2**

61-18

卷之三

मुक्ति विद्यालय २

09.08.2018