

36219

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE

सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)
(स्वास्थ्य देखभाल)

Koshika
foundation
Building block of life.

APPLICATION No.:

आवेदन संख्या:

B/0119/0474

APPLICATION DATE:

आवेदन तिथि

08/01/2019

NAME of APPLICANT:

आवेदक का नाम

Krishnarreddy

AGE-YEARS आयु-वर्ष

SEX लिंग

62

M

FATHER'S/SPOUSE'S NAME:

पिता/कटुम्ब का नाम

Venkatarreddy

PRESENT RESIDENCE ADDRESS वर्तमान आवासीय पता

#163, J.N.R. Colony, Rampachestla Mandalam,

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS: स्थायी आवासीय पता

Piler, Chittoor Dist., Andhrapradesh

OCCUPATION:

व्यवसाय

Farmer

MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)

TOTAL ANNUAL INCOME:

कुल वार्षिक आय

40,000/-

(Attach Proof of Income)
(आय का साक्ष्य संलग्न)

PAN No. स्थायी खाता संख्या

ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable):

क्या आप आय कर शुद्ध हैं (जो मान्य हो उस पर सही का निशान लगायें)

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
	Venkataramana	54	M	son
	Suresh	30	M	son

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 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 Rgt Eye
	RE - IIC + Pol

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	



0474 0474
Krishnarreddy Krishnarreddy
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.

1) मैं प्रयोग करता हूँ कि इस प्रश्न में मिले गये सभी विवरण मेरी जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई विवरण इस कथन का विरोध करता है तो मैं उसे सत्य मानने से इनकार कर दूँगा।

AGREEMENT by APPLICANT (अवेक दा कत)

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.

2) मैं (अव्यय) इस बात से साबित हूँ कि पैर चम, लड़, छोटी और निराल जो कि सहायता के उपकरणों से प्रविष्ट हैं मुझे लम्बा; सहायता का इस्तेमाल नहीं करना। इस सम्बंध में "कोशिका" समूह उनको व्यक्तिगत का निर्देश अतिशय और सावधानी होना।

આવેદનકર્તાએ જાણવું પડે છે કે આરોપીને કોઈ પણ કારણે પોલીસ સ્ટેશન પર પહોંચીને જાણ કરવાની જરૂર નથી. આરોપીને પોલીસ સ્ટેશન પર પહોંચીને જાણ કરવાની જરૂર નથી.

AGREEMENT by HOSPITAL (हस्पताल द्वारा स्वीकृति)

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.

1) यह कि न तो यहाँका और न ही भविष्य में किसी समुदाय किसी भी प्रकारी संरक्षण या किसी अन्य स्तर से उच्च रैंकिंग/मर्यादा में लेने या हो रहे हैं, यों कि अपने "कोशिका जवाबदेह" से निपटारा/विन्यास उच्च के सम्बन्ध में "कोशिका जवाबदेह" द्वारा प्रवर हेतु कि है। यदि "कोशिका जवाबदेह" द्वारा सामान्य विन्यास अधिनियम/प्रकार हेतु समुदाय को किया जात है तो अपवाद किसी अन्य पैर संरक्षणी संस्था या किसी अन्य समुदाय के समुदाय लेने का वर्णिका प्रशिक्षित रखता है। इस भूमि में प्रवर कहा जात है कि संरक्षण किसी स्तर उच्च रैंकिंग/मर्यादा हेतु किसी भी संरक्षणी संस्था या किसी अन्य समुदाय के नहीं लेना/लेने।

2. "कॉन्सिडरेशन" से श्रेष्ठ या समानता को प्राप्त किया प्रकृति की है। ऐसी या समानता इस से या समानता या किने गये उपचार/प्रक्रिया या सुलभ ऐसी एवं समानता के बीच का विवाद है और "कॉन्सिडरेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई प्रभाव नहीं है। इसलिए समानता में ऐसी के अभाव सुलभ और अन्य जने भी सारी विधेयता ऐसी एवं समानता की होती है और "कॉन्सिडरेशन" की कोई भीपना या विधेयता इस समानता में नहीं होती।

स्वीकृती के लिए संस्तुति

09/01/2019

(Name of Consultant, with Stamp)

66304

FOR INTERNAL USE ONLY

No. 1, 1088 By: [Signature] 10/10/03
off 10, Road, Bangalore - 560 003

SIGNATURE of TRUSTEE 1

न्यासी इन्द्रधनुः ।

A diagram illustrating the relationship between the variables.

B.W. Lienesch et al. / *Journal of Great Lakes Research* 36 (2010) 103–114

No. 5, Ganga Eye Hospital Road

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

SIGNATURE of TRUSTEE 2

म्यूजीक इन्स्ट्रुमेंट २

09.08.2018