

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE

सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)
(स्वास्थ्य देखभाल)

Koshika
foundation
Building block of life.

APPLICATION No. :
आवेदन संख्या :

B/0119/0480

APPLICATION DATE :
आवेदन तिथि

08/01/2019

NAME of APPLICANT :
आवेदक का नाम

Munishwamy

AGE-YEARS आयु-वर्ष

66

SEX लिंग

M

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

Nagiah

PRESENT RESIDENCE ADDRESS वर्तमान आवासीय पता

Pidagavaripalli, Suddur Mandalam,

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS : स्थाई आवासीय पता

Piler, Chittoor Dist. Andhrapradesh.

OCCUPATION :
व्यवसाय

Farmer

TOTAL ANNUAL INCOME :
कुल वार्षिक आय

45,000/-

MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)

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

PAN No. स्थाई खाता 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 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
	Muneshwara	40	M	son
	Kodirappa	37	M	son

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

BPL Card (Attach Card Copy) गरीबी रेषा 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 Left Eye
	LE - SICB + IOL

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 ही गई सहायता राशी
	B.W.L.E.M	



0480 0480
Munishwamy Munishwamy
Poc Op Pasl Op

DECLARATION by APPLICANT: **आवेदक द्वारा घोषणा पत्र:**

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.

मैं यहाँ घोषणा करता हूँ कि इस फॉर्म में दिए गए सभी विवरण मेरे ज्ञान के अनुसार सत्य हैं। कोई भी झूठा बयान मेरी आवेदनपत्र और सहायता, यदि कोई हो, को खारिज/रद्द करने के लिए पर्याप्त होगा।

- 1) I solemnly confirm that the 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.
- 2) 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.
- 3) मैं यहाँ पर पुष्टि करता हूँ कि इस सहायता को केवल उक्त उद्देश्य के लिए ही प्रयोग किया जाएगा, जो इस प्रश्न में बताया गया है।
- 4) मैं यहाँ पर पुष्टि करता हूँ कि मैं भविष्य में किसी भी अन्य स्रोत/एम्प्लॉयर/इंश्योरेंस कंपनी से इस सहायता के लिए कोई भी भुगतान नहीं करवाऊँगा, जो इस प्रश्न में बताया गया 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.

- 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 प्रश्न का करने इरादा था अर्थात् जो सात राजा, मैं (आवेदक) आदी सहयोगी को मुक्त कराऊँ एवं "बौद्धिक आन्दोलन और उसके व्यक्तियों" को संयोजित कराऊँ कि मेरा नाम, पत्र, फोटो और जो विवरण इस प्रश्न में घोषित है, उसे "बौद्धिक" एवम् व्यक्तियों, धन, सम्पत्ति आदि द्वारा उद्देश्य से मुझे व्यक्तिगत और वस्तुनिष्ठता के लिये किसी भी प्रकार सम्मान से प्रशंसित करने के लिए अधिकृत है। ये प्रश्न का विवरण मेरे प्रश्न के चरित्र या स्वर में करने के लिए "बौद्धिक आन्दोलन" व व्यक्तियों अधिकृत है।
- 2) मैं (आवेदक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पत्र, फोटो और विवरण जो कि राजाओं के उद्देश्यों से प्रेषित है मुझे स्वतः सहायता का हकदार नहीं करता। इस सम्बंध में "बौद्धिक" एवम् उसके व्यक्तियों का निर्णय अंतिम और बाध्यकारी होगा।

आयुर्वेद में इसका नाम 'अग्नि' का नियंत्रण



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: _____ through MCO or any other source, for the same patient/case, as we

- 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 व हो बर्तमान और व हो भविष्य में विभिन्न साक्ष्य किसी और साक्षरी संग्रह या किसी अन्य साक्ष्य से उभर लोहे/कागजों में ली जा हो के है, जैसे कि हमने "कोलिका कागज-पत्र" से सिपाई/सिपायियों उपर के साक्ष्य में "कोलिका कागज-पत्र" छाप मकर हो कि है। यदि "कोलिका कागज-पत्र" छाप साक्ष्य किसी अपरिचित/अज्ञात हो मन्तु की शिव साक्ष है तो अपरिचित किसी अन्य और साक्षरी संग्रह या किसी अन्य साक्ष्य से उभरल लोहे का अधिकार सुनिश्चित रहता है। इस पृष्ठ में स्पष्ट कहा गया है कि अपरिचित विभिन्न मकर उपर लोहे/कागजों हो किसी और साक्षरी संग्रह या किसी अन्य साक्ष्य से ली साक्षरी/पत्र।

2. "कोशिका फाउन्डेशन" से भी मैं सहजता सेल विषय प्रवृत्ति को है। सेल पर हमारा ड्राइव है कि जल्द से जल्द हमें उपचार/प्रक्रिया का चुनाव देनी एवं हमसत के बीच का विषय है और "कोशिका फाउन्डेशन" ड्राइव किसे जल्द का कोई जवाब नहीं है। इसलिए हमसत में सेल के ड्राइव मुख्य और सेल सेल को सेल विषयों सेल एवं हमसत को सेल और "कोशिका" से कोई प्रवृत्ति का विषयों सेल हमसत में सेल सेल।

स्वीकृति के लिए संस्थान

Dr. SHEETAL BALLAL
Consultant

(Name of Dr. & Regn. No. with Stamp)

B. W. Linderholm, *Dept. of Mathematics, University of California, Berkeley, CA 94720*

(Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory)

on behalf of Hospital

B.W. Lions SuperSpecialty Eye Hospital

80. S. Lions Eye Hospital Road

THE I.C. Road, Bangalore - 560 002

SIGNATURE of TRUSTEE 1

महाराष्ट्र सरकार

SIGNATURE of TRUSTEE 2

આવૃત્તિ ૨