

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE
सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)
(स्वास्थ्य देखभाल)

Koshika
foundation
Building block of life.

APPLICATION No. :
आवेदन संख्या :

B/0119/0489

APPLICATION DATE :
आवेदन तिथि

08/01/2014

NAME of APPLICANT :
आवेदक का नाम

K. Ramaiah.

AGE-YEARS आयु-वर्ष

65

SEX लिंग

M

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

K. Reddappa

PRESENT RESIDENCE ADDRESS वर्तमान आवास पता

Pachravathi Nagar, Piles Town, Piles

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS स्थायी आवास पता

Chittoor Dist, Andhra Pradesh.

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 दाता हैं (जो लागू हो उस पर सही का निशान लगाएं)

Yes / No
हां / 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 सम्बंध
	Shresh	35	M	son
	Anand	32	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) उपभोग्यता 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 - 8108 + 102

ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES
इस उद्देश्य के हेतु कोई अन्य सहायता किसी अन्य स्रोत से लिये गयी है?

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.M	



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.

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.

2) मेरे द्वारा जो सहायता दी गई "कॉन्सिडर फायरिंग", से स्वीकार की गई है, इसका उपयोग उसी संस्था की धूम्र के सिधे बिना सम्भव, जो इस प्रारण में पर मया 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/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 fulfillment 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 का अपने हस्ताक्षर या अंगुली को छाप लगाना, यै (कान्सेलर) अपनी छात्रावली को पूर्ण करता है एवं "कॉलेज प्राइडेन और उसके ग्यारीस" को अधिभूत करता है कि मेरा नाम, पता, फोटो और जो विवरण इस प्रपत्र में संक्षिप्त है, उसे "कॉलेज" अपनी ग्यारीस, धन, सम्पत्ति आदि द्वारा उद्धार से मुक्त अधिविधियों और उपसमिधियों के विरुद्ध किसी भी प्रकार कायम से समर्थन करने के लिए समर्थक है। ऐसे प्रपत्र का विवरण मेरे हस्ताक्षर के सहित या बाद में अपने से लिए "कॉलेज प्राइडेन" व ग्यारीस अधिभूत है।

2) मैं (अभेदक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण जो कि राजापाव को उद्देश्यों से अभियं है मुझे स्वतः राजापाव का हाकदार पानी भराया इस सम्बंध में "चर्चिभवा" पत्र पराजो म्युनिसिपल का निर्णय अतिम और बाधकारी होगा।

आपके घर के अंदर और बाहर के अंशों का निवारण



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 its 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 & its outcome & safety of the patient, and Koshika Foundation will have no role or responsibility in the matter.

1) यह कि न तो चर्चारा और न ही रूढ़िवाद में विविध प्रशासन किसी और सरकारों संरक्षण या किसी अन्य संस्था से प्राप्त हो सकता है, बल्कि यह कि हमने "कोरिप्टा फाउन्डेशन" से सिलेक्टिवरूपित प्राप्त हो सामर्थ्य में "कोरिप्टा फाउन्डेशन" द्वारा प्राप्त हो कि है। यदि "कोरिप्टा फाउन्डेशन" द्वारा प्राप्त हो किसी संस्था/संस्था से प्राप्त हो कि है। यह दृष्टि में समर्थ प्राप्त जाता है कि आशावादी दृष्टि में प्राप्त हो किसी और सरकारों संस्था या किसी अन्य संस्था से नहीं हो सकता है।

[illegible]

स्वीकृती के लिए संस्तुति

No. 5, 1st Stage, Hosur Road,
(Off. J.C. Road), Bangalore - 560 002

No. 5, J. C. Road, J. C. Hospital Road
Off: J. C. Road, Bangalore - 560 002

SIGNATURE of TRUSTEE 2
प्राप्त दस्तावेज 2

Referenz

Sc 28