

36177

# APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE

सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)  
(स्वास्थ्य देखभाल)

**Koshika**  
foundation  
Building block of life.

APPLICATION No.: आवेदन संख्या: B/0119/0490

APPLICATION DATE: आवेदन तिथि 08/01/2019

NAME of APPLICANT: आवेदक का नाम Gudichandoo

AGE-YEARS आयु-वर्ष 65 SEX लिंग M

FATHER'S/SPOUSE'S NAME: पिता/कन्या का नाम chinnappaiah

PRESENT RESIDENCE ADDRESS वर्तमान आवासीय पता

Badampalli, Piler Mandalam Piler.

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS स्थायी आवासीय पता

Chittoor Dist, Andhra Pradesh

OCCUPATION: व्यवसाय Coolie

MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)

TOTAL ANNUAL INCOME: कुल वार्षिक आय 30,000/-

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

PAN No. स्थायी खाता संख्या

ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable): क्या आप आय कर दाता हैं (जो मान्य हो उस पर गहरी का निशान लगाएं)

Yes / No  
हाँ / नहीं

## FAMILY DETAILS परिवार विवरण

| Sr. No.<br>क्रम संख्या | Name of Family Member<br>परिवार के सदस्यों का नाम | Age (Years)<br>उम्र (वर्ष) | Gender<br>लिंग | Relation with Applicant<br>आवेदक के साथ सम्बंध |
|------------------------|---------------------------------------------------|----------------------------|----------------|------------------------------------------------|
|                        | Srinivasulu                                       | 35                         | M              | son                                            |
|                        | One Daughter                                      |                            |                | Married                                        |

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

|                                                                                                             |                                                                                                                     |                                                                                           |                                              |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------|
| BPL Card<br>(Attach Card Copy)<br>गरीबी रेषा के नीचे प्रमाण पत्र<br>(प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें) | EWS Certificate<br>(Attach Certificate Copy)<br>अल्प आय वर्ग प्रमाण पत्र<br>(प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें) | Ration Card<br>(Attach Copy)<br>उपभोक्ता कार्ड<br>(प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें) | Any Other<br>Basis/Proof<br>अन्य कोई साक्ष्य |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------|

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

| Sr. No.<br>क्रम संख्या | Medical Reports/Prescriptions Attached<br>अस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई प्रतिवेदन सूची संलग्न |
|------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------|
|                        | DOV Left Eye                                                                                 |
|                        | LE - 8108 + 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.<br>क्रम संख्या | NAME of OTHER SOURCE<br>अन्य स्रोत का नाम | AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILED<br>सी गई सहायता राशी |
|------------------------|-------------------------------------------|---------------------------------------------------------|
|                        | B. L. L. E. H.                            |                                                         |



0490 0490  
Gudichandoo Gudichandoo  
Post op Post op



DECLARATION by APPLICANT: **अभिज्ञान कृत 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 reselection/cancellation. (I/We hereby declare that the information furnished will be used only for the "purpose", as stated in this Form, for which such assistance

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.

2) I solemnly confirm that assistance, if received from Federal Insurance Agency, 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 घोषणा करता हूँ कि इस प्रारूप में दिये गये सभी विवरण मेरी जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई विवरण सत्य प्रमाण अभाव पाया जाता है तो मेरी लगायत निमत की जा सकती है।

- 1) मैं सोचता हूँ कि इस प्रश्न में मुझे क्या कहा जा रहा है। मैं जानता हूँ कि मैं क्या कर सकता हूँ।
- 2) मैं जानता हूँ कि मैं क्या कर सकता हूँ। मैं जानता हूँ कि मैं क्या कर सकता हूँ।
- 3) मैं जानता हूँ कि मैं क्या कर सकता हूँ। मैं जानता हूँ कि मैं क्या कर सकता हूँ।

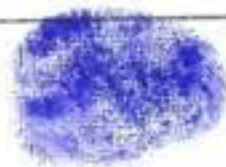
1) By affixing my signature or thumb impression on this Form, I (Applicant) hereby agree & authorize Koshika Foundation and it's Trustees to use/publish/put-up/reproduce my name, address, photo & details of the "purpose" for which such assistance is requested/granted, through any medium, including but 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 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 प्रश्न पर अपने हस्ताक्षर या अंगूठे की छाप लगाकर, मैं (आवेदक) अपनी समझ में जोड़ रहा हूँ एवं "कोशिका फाउंडेशन और उसके न्यायिक" को अधिकृत करता हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और वो विवरण इस प्रश्न में घोषित है, उसे "कोशिका" एवम् न्यायिक, राज, बाणवारा एवम् उद्देश्य से जुड़ी गतिविधियों और उपलब्धियों के लिये किसी भी प्रकार सम्मान से प्रशंसित करने के लिए अधिकृत है। मेरे प्रश्न का विवरण मेरे हस्ताक्षर या अंगूठे या नाम से करने के लिए "कोशिका फाउंडेशन" में शामिल अधिकृत है।

2) मैं (आवेदक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण को कि साक्ष्य को उद्देश्य से प्रेषित है मुझे स्पष्ट: साक्ष्य का हकदार नहीं बनता। इस सम्बंध में "कोशिका" एवम् उसके न्यायिकों का निर्णय अंतिम और बाणवारी होगा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION:

[illegible]

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:

(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 अधिकतर, इसकाथी की ओर से मजाले-कोरी को "कोरिना गगनदश" से विधिप गगनपद गुरु सिक्कीत की जाती है, जिसे धन (हरजान) निम प्रसार से सम्य व स्वीकार करते हैं।

1) यह कि न तो सर्वमान्य और न ही अधिकतर में विविध सहायक विभिन्न और समकक्ष विभिन्न या विभिन्न अन्य स्थानों से जहाँ योग्यतापूर्वक से लगे या लगे हैं, जैसे कि इनमें "कोरिडोर फायरवेयर" से सिपाई/सिपायों जहाँ के सम्बन्ध में "कोरिडोर फायरवेयर" द्वारा प्रदत्त हेतु कि है। यदि "कोरिडोर फायरवेयर" द्वारा प्रदत्त विभिन्न अधिकार/अधिकार हेतु मन्त्र नही किया जाता है तो अन्ततः विभिन्न अन्य और समकक्ष विभिन्न या विभिन्न अन्य सम्बन्ध से सहायक सेवे का अधिकार सुनिश्चित रहता है। इस दृष्टि में स्पष्ट कहा जात है कि अन्ततः विभिन्न भरण तथा योग्यतापूर्वक हेतु किसी और प्रकार की सेवा या विभिन्न अन्य सम्बन्ध से नहीं संभव/संभव।

[illegible]

स्वीकृती चो लिप संस्क्रुति

Date of Surgery  
ऑपरेशन की तारीख

09/01/2019

Dr. SHEETAL BALLAL  
Consultant

(Name of Consultant, M.D. with Stamp)  
W. Lynn Super Specialist M.D. Hospital

No. 5, Lohia Eye Hospital,  
(Off. J.C. Road), Bangalore - 560 002

(Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory)

**B.W. Lions Super Speciality Eye Hospital**  
 No. 5, Lions Eye Hospital Road  
 Off: J.C. Road, Bangalore - 560 002

SIGNATURE of TRUSTEE 1

व्याप्ति इत्युक्तर ।

SIGNATURE of TRUSTEE 2

2