

37554

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE

सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)

(स्वास्थ्य देखभाल)



Koshika
foundation
Building block of life.

APPLICATION No.: B/0219/0515 APPLICATION DATE: 05/02/2019
आवेदन संख्या: आवेदन तिथि

NAME of APPLICANT: Narayana Rao AGE-YEARS आयु-वर्ष 53 SEX लिंग M
आवेदक का नाम

FATHER'S/SPOUSE'S NAME: Venkata Rao
पिता/कटुम्ब का नाम

PRESENT RESIDENCE ADDRESS वर्तमान आवासीय पता

Kammamuttapalli, Piler Janna, Piler,

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS स्थाई आवासीय पता

Chittoor Dist, Andhrapradesh



0515 0515
Narayana Rao Narayana Rao
P.O.P. P.O.P.

OCCUPATION: Farmer
व्यवसाय

MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)

TOTAL ANNUAL INCOME: 40,000/-
कुल वार्षिक आय

(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 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
	One Daughter Married			

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

BPL Card (Attach Card Copy) गरीबी रेखा 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 - 8ICB + 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 राशि
	B.W.L.E.H	

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 घोषणा करता हूँ कि इस प्रश्न में दिए गये सभी विभाग मेरी जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई विभाग एवं कर्मी अज्ञान या गलतियाँ हैं तो मेरी सहायक निम्न की जा सकती है।
- 2) मैं द्वारा जो सहायक एजेंट "कोलिका फाउन्डेशन", से ली जा रही है, उसका उपयोग इसी उद्देश्य की पूर्ति के लिये किया जाएगा, जो इस प्रश्न में वादा गया है।
- 3) मैं पुष्टि करता हूँ कि विशा सहायक होना यह प्रार्थना की गई है, इस एजेंट का अधिकार या समस्त हितों किसी अन्य व्यक्ति/नियोजक/वीर्य सम्पत्ति के न से लिया है और न ही अधिकार 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 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 (अवेकदक) अपनी सहमति की पुष्टि करता हूँ एवं "कॉन्सिडर एडमिशन और ट्रांसफर न्यायोधी" का अधिकृत करता हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और नो विवरण इस प्रश्न में संलग्न है, उसे "कॉन्सिडर" एवम् न्यायी, दफ्तर, साबन्दापन द्वारा उद्देश्य से जुड़ी परिस्थितियों और उपस्थितियों के तहत किसी भी प्रकार साध्य से प्रसारित करने के लिए अधिकृत है। मेरे प्रश्न का विचार मेरे हस्ताक्षर के पहले का स्तर से करने के लिए "कॉन्सिडर एडमिशन" व न्यायी अधिकृत है।
- 2) मैं (अवेकदक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण को कि सहमत के उद्देश्यों से प्रेषित है मुझे स्पष्ट; प्रतापता का हकदार नहीं बचता। इस सम्बंध में "कॉन्सिडर" एवम् ट्रांसफर न्यायियों का निर्णय अंतिम और साधककारी होगा।

आलेखक को सम्मानार्थ यह खण्डिते का निम्नान



By affixing hereunder, signature of our Authorised 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 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.

हमारे अभिप्राय, इस्तेमाली को जंग से घायल/रोगी को "कॉशिका कायन्दान" से चिकित्सीय सहायता देना सिखाया भी जाये है, जिसे हम (इम्पटान) निम्न प्रकार से मान्य व प्रयोग करने हैं:

- 1) यह कि न तो भारत और न ही भविष्य में विविध साम्राज्य किसी भी सामग्री संरक्षण या किसी अन्य स्तर से उच्च प्रोटेक्शन में लगे या लगे रहे हैं, जैसे कि हमने "कोरिया फाइवडेल" से निष्कासित/विहीन उच्च के सम्बंध में "कोरिया फाइवडेल" द्वारा मर रहे हैं। यह "कोरिया फाइवडेल" द्वारा साम्राज्य विहीन अतिरिक्त/उत्पन्न हेतु मनुष्य नहीं किंचित खास है से अस्पष्ट किन्हीं अन्य भी सामग्री संरक्षण या किसी अन्य संरक्षण से साम्राज्य लेने का अधिकार सुरक्षित रहता है। इस दृष्टि में स्पष्ट कहा जाय है कि अस्पष्ट विहीन मर उच्च प्रोटेक्शन हेतु किसी भी सामग्री संरक्षण या किसी अन्य संरक्षण से नहीं लगे/लेगी।
2. "कोरिया फाइवडेल" से ही यह साम्राज्य केवल विविध प्रकृति की है। ऐसी ही हमारा द्वारा ही यह स्पष्ट या किने गये उपचार/प्रक्रिया का प्रयोग ऐसी एवं हमारा के बीच का विषय है और "कोरिया फाइवडेल" द्वारा किसी प्रकार का कोई रखा नहीं है। इसलिए हमारा से लेने के प्रत्यक्ष प्रत्यक्ष और अपने अपने की लगी जिम्मेदारी लेने एवं हमारा की होगी और "कोरिया" की कोई भविष्य या विवेक/प्रति इत प्रत्यक्ष में नहीं होगी।

स्वीकृति के लिए संस्तुति

अभिनेता की तलाश में

06/02/2019

(Name of Doctor, Room No. with Stamp)

(Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory
on behalf of Hospital)

8.17. Lions Super Speciality Eye Hospital
Plot 5, Lions Eye Hospital Road
Ch. J.C. Road, Bangalore - 560 002

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION

न्यासी हस्ताक्षर ।

व्यासो हस्तका २

Ergebnis

Self