

37548

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE
सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)
(स्वास्थ्य देखभाल)

Koshika
foundation
Building block of life.

APPLICATION No.: B/0219/0530
आवेदन संख्या:

APPLICATION DATE: 05/02/2019
आवेदन तिथि

NAME of APPLICANT: Changa Rayudu
आवेदक का नाम

AGE-YEARS आयु-वर्ष 59
SEX लिंग M

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

PRESENT RESIDENCE ADDRESS वर्तमान आवास पता

Nerabailu, Yerrarapalem Mandalam,

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS: स्थायी आवास पता

Piler, Chittoor Dist, Andhrapradesh

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. रम्याई 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 चिह्न 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
	Shivakeshavalu	29	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) 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 Right Eye
	RE - 8108 + 101

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 सी गई सहायता राशी
	B.W.L.E.H	



0530 0530
Changala Rayudu Changala
Pre Op Post Op

DECLARATION by APPLICANT: **अवेदक 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.
- 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 धोखा करता हूँ कि इस प्रारूप में दिये गये सभी विवरण मेरी जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई विवरण एवं कथन अज्ञात पाया जाता है तो मेरी साक्ष्यता निराला की जा सकती है।
- 2) मेरे द्वारा जो साक्ष्यता प्रति "पोलिशिंग साइडिंग", में ली जा रही है, उसका उपयोग इसी उद्देश्य की पूर्ति के लिये किया जायेगा, जो इस प्रारूप में पाया गया है।
- 3) मैं पुष्टि करता हूँ कि जिस साक्ष्यता हेतु यह प्रार्थना की गई है, उस प्रति का अतिरिक्त का सकल हिस्सा किसी अन्य को/नियोक्ता/बोधक कम्पनी से न ले लिया है और न ही भविष्य में लूँगा।

AGREEMENT by APPLICANT (अर्जद्वारा स्वीकृति)

- 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 पर अपने हस्ताक्षर या मोहरे की साथ लगाकर, मैं (अर्थात्क) अपनी साजिश की पुष्टि करता हूँ एवं "कोलिका प्रादेशीय और राष्ट्रीय न्यायोपेक्ष" को अधिकृत करता हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और कोई विवरण इस प्रश्न में शामिल है, इसे "कोलिका" प्रश्न न्यायी, राय, वाचक/वाचक दूसरी उद्घरण से कुछ परिधिपरिधि और उपस्थिति/विवरण के तथ्य किसी भी प्रकार पाठ्यक्रम से प्रकाशित करने के लिए अधिकृत है। मेरे द्वारा यह विवरण यदि इत्यादि के चालते या बाद में करने के लिए "कोलिका प्रादेशीय" व न्यायी अधिकृत है।

- 2) मैं (आवेदक) इस बात से राबबत हूँ कि यह भाग, पात्र, जोड़ी और विभाग जो कि सहायता के उद्देश्यों से प्रेषित है मुझे सदा: सहायता का एकदाग नहीं बनाता। इस सम्बन्ध में "कोशिका" यन्त्र द्वारा न्यायिकों को निर्णय अधिकार बाध्यकारी होगा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION :

आवेदक के हस्ताक्षर या अंगूठे का निशान

K. BOK SPOON

AGREEMENT by HOSPITAL (HYPHEN THE WORK)

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.

हमारे जन्मभूमि, इलाहाबाद की ओर से चमकते-लेनी को "कोशिका पाठ्यनोट्स" से विभिन्न स्थापना हेतु जिम्मेदार को धन्य है, जिसे हम (इन्सप्रायल) निम्न प्रकार से मान्य व स्वीकार करते हैं:

- 1) यह कि न तो संविधान और न ही अधिनियम व विधिवत सहायता किसी गैर सरकारी संस्थान या किसी अन्य स्तर से उक्त ऐंटी-माला से रंगी या ले रंगे हैं, बल्कि हमने "कॉन्सिदा फाउन्डेशन" से सिफरिज/विशेष उक्त के सम्बंध में "कॉन्सिदा फाउन्डेशन" द्वारा मदद हेतु कि है। यदि "कॉन्सिदा फाउन्डेशन" द्वारा सहायता विधिवत अधिनियम/सहायता हेतु मंजूर नहीं किया जाता है तो असम्भव किसी अन्य गैर सरकारी संस्था या किसी अन्य सहायता से सहायता लेने का अधिकार सुरक्षित रहता है। इस धृष्टि में स्पष्ट कहा जाता है कि असम्भव विधिवत मदद उक्त ऐंटी-माला से रंगी किसी गैर सरकारी संस्था या किसी अन्य साधन से नहीं लेना/लेगी।

2. "कॉरिंथिया फाउन्डेशन" से ली गई सहायता कोसल विविध प्रकृति की है। ऐसी या इसकात द्वारा ली गई सहायता का किसे गये उपचार/प्रक्रिया का चुनाव ऐसी एवं इसकात को बीच का विषय है और "कॉरिंथिया फाउन्डेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई दबाव नहीं है। इसलिये इसकात में ऐसी को इसकात सुलभ और अपने अपने की सारी जिम्मेदारी ऐसी एवं इसकात की होती और "कॉरिंथिया" की कोई भीमिका या जिम्मेदारी इस मामले में नहीं होती।

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE

स्वीकृती के लिए संसुति

Date of Surgery
अवस्थापन की तारीख

06/02/2019

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

डाक्टर का नाम : DNB FICG, FICG
RMC REG No. 61446

Jyoti Deepak

(Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory)

A W. Lions Supersubalgebra of $M_n(\mathbb{C})$

No. 5. Lion's Bygones and Lions' Memories

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION

ऑनलाइन: www.pearsoned.com

SIGNATURE of TRUSTEE 1
न्यासी हस्ताक्षर ।

SIGNATURE of TRUSTEE 2
ज्यासौ इम्त्यास २

Submerged

Self