

C/19/40989

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE (Healthcare)		Koshika foundation Building block of life	
APPLICATION No.: 13/0419/0021 आवेदन संख्या :		APPLICATION DATE: 12/4/19 आवेदन तिथि	
NAME of APPLICANT: Ramakrishna आवेदक का नाम		AGE-YEARS आयु-वर्ष 35	SEX लिंग m
FATHER'S/SPOUSE'S NAME: Venakatappa पिता/कटुम्ब का नाम			
PRESENT RESIDENCE ADDRESS वर्तमान आवासीय पता Rajinagar Colony Piler Town			
PERMANENT RESIDENCE ADDRESS: स्थाई आवासीय पता Piler, Chittoor Dist, Andhra Pradesh			
OCCUPATION: Un Employed व्यवसाय		MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)	
TOTAL ANNUAL INCOME: 40,000/- कुल वार्षिक आय		(family Income) (आप 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 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
1	Raju	35	m
2	Chinna	30	m
BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable) सहायता के लिये विनती 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 SICS + 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 ली गई सहायता राशी	
	BWLEN		



0021 0021
Ramakrishna Ramakrishna
Pre Op Post Op

- 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 प्रारूप में दिये गये सभी विवरण मेरी जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही है। यदि कोई विवरण एवं कथन असत्य पाया जाता है तो मेरी सहायता निरस्त की जा सकती है।
- 2) मेरे द्वारा जो सहायता एपि "कोशिका काउन्डेशन", से ली जा रही है, उसका उपयोग उसी उद्देश्य की पूर्ति के लिये किया जाएगा, जो इस प्रारूप में भरा गया है।
- 3) मैं पृष्टि करता हूँ कि जिस सहायता हेतु यह प्रार्थना की गई है, उस एपि का अंतिम या वास्तविक हस्ताक्षर किसी अन्य प्रोत्त/निर्देशक/वीर्य कम्पनी से न हो लिया है और न ही भविष्य में लीगा।

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 अंगुलि की छाप लगाकर, मैं (अवेदक) अपनी सहमति को पुष्टि करता हूँ एवं "कोशिका फाउंडेशन और उसके न्यासीयों" को अधिकृत करता हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और जो विवरण इस प्रश्न में घोषित है, उसे "कोशिका" एवम् न्यासी, धन, साधनाया दूसरे उद्देश्य से जुड़ी गतिविधियों और उपलब्धियों के शिरो किसी भी प्रकार साधन से प्रसारित करने के लिए अधिकृत है। मेरे प्रश्न का विवरण मेरे हस्ताक्षर के पहले या बाद में करने के लिए "कोशिका फाउंडेशन" व न्यासी अधिकृत है।
- 2) मैं (अवेदक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण जो कि सहायता के उद्देश्यों से प्रसारित है मुझे स्वतः सहायता का हकदार नहीं बनाता। इस सम्बंध में "कोशिका" एवम् उसके न्यासीयों का निर्णय अंतिम और बाध्यकारी होगा।

आवेदक के हस्ताक्षर या अंगूठे का निशान

అంతా సంతోషం

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 अधिकांश इलाहाई की ओर से मायले/एंगी को "कोशिका काउन्टेशन" से विविध सहायता हेतु सिफारिश की जाती है, जिसे हम (हमेशा) निम्न प्रकार से माय व स्वीकार करते हैं:

- 1) यह कि न तो कर्मचारी और न ही परिवार में वित्तिय सहायता किसी गैर सरकारी संस्थान या किसी अन्य स्त्रोत से उठाएगी/चालते में लेंगे या ले रहे हैं, जैसे कि हमने "कोशिका फाउन्डेशन" से लिफाफा/वित्तिय उठा के सम्बंध में "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा मरदर हेतु कि है। यदि "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा सहायता वित्तिय अधिक/सफल हेतु मन्त्रु नहीं किया जाता है तो अस्पताल किसी अन्य गैर सरकारी संस्था या किसी अन्य संस्थाधन से सहायता लेने का अधिकार सुरक्षित रखा है। इस दृष्टि में स्पष्ट कहा जाता है कि अस्पताल वित्तिय मरदर उठाएगी/चालते हेतु किसी गैर सरकारी संस्था या किसी अन्य साधन से नहीं लेगा/लेगी।
2. "कोशिका फाउन्डेशन" से लेी गई सहायता केवल वित्तिय प्रवृत्ति की है। ऐसी पर हमसताल द्वारा दी गई सहायता या किये गये उपचार/प्रक्रिया का चुनव ऐसी एवं हमसताल के बीच का विषय है और "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई दबाव नहीं है। इसलिये हमसताल में ऐसी के इलाज सुरक्षा और आने जाने की सारी बिम्बेदारी ऐसी एवं हमसताल की होगी और "कोशिका" को कोई प्रमिका या बिम्बेदारी इस मामले में नहीं होगी।

स्वीकृती के लिए संसत्ति

14/4/2019

(Name of Dr. & Regn. No. with Stamp)
डाक्टर के. जे. डी. अशोक (प्र) एच. ५०

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

B. W. Liao and S. C. Chen / *Journal of Macroeconomics* 25 (2003) 1057–1071

अन्तरिक उपचार हेतु
O.P.I.C. Road, Bangalore - 560 002

न्यायौ ह्यन्ताक्षर ।

न्यासी हस्तधारा २

Exempel

Rich