

42337

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE

सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)

(स्वास्थ्य देखभाल)


Koshika
 foundation
 Building block of life.

APPLICATION No. :

आवेदन संख्या :

2/0519/0108

APPLICATION DATE :

आवेदन तिथि

15/5/19

NAME of APPLICANT :

आवेदक का नाम

S. Yellamma

AGE-YEARS आयु-वर्ष

70

SEX लिंग

F

FATHER'S/SPOUSE'S NAME :

पिता/कटुस्थ का नाम

Sri Ramulu

PRESENT RESIDENCE ADDRESS वर्तमान आवासीय पता

Kattukalava Vedula, Piler, Chittoor Dist. Andhra Pradesh

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS : स्थाई आवासीय पता

Piler, Chittoor Dist. Andhra Pradesh



0108

P108

S. Yellamma S. Yellamma
Pre Op Post Op

OCCUPATION :

व्यवसाय

House wife

MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)

TOTAL ANNUAL INCOME :

कुल वार्षिक आय

10,000/- (Family Income)

(Attach Proof of 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 लगावे):

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
1.	Kanaka ray	35	M	Son
2.	Prakash	32	M	Son
3.	Anuradha	29	F	daughter

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) 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
	Doc
	Left Eye
	Stitch - 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 राशि
	BWHEH	

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 हैं। यदि कोई विवरण सत्य कथन अथवा सत्य ज्ञात है तो मेरी प्रार्थना विरल को ज्ञात करती है।

2) मेरी प्रार्थना मे प्रार्थना दल "कोशिका फाउन्डेशन", से ही जा रही है, उसका उपयोग उसी उद्देश्य को पूर्ति के लिये किया जायेगा, जो इस प्रारूप में पत्रा गया है।

3) मैं पुष्टि करता हूँ कि बिना सामान्य हेतु यह प्रार्थना की गई है, उस पत्रा का आशिक या सकल हिस्सा किसी अन्य स्रोत/निर्देशक/बीमा कम्पनी से न तो लिया है और न ही भविष्य में लूँगा।

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.

1) इस प्रश्न पर अपने हस्ताक्षर या अंगुली की छाप लगाकर, मैं (आवेदक) अपनी साक्ष्यता को पुष्टि करता हूँ एवं "कोशिका फाउंडेशन और उसके न्यासीयों" को अधिभूत करता हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और जो विवरण इस प्रश्न में संश्लेषित है, उसे "कोशिका" एवम् न्यासी, राज, राजन/का द्वारा उद्देश्य से जुड़ी गतिविधियों और उपलब्धियों के सिने किसी भी प्रकार साक्ष्य से प्रस्तुत करने के लिए अधिभूत है। मेरे प्रश्न का विवरण मेरे हस्ताक्षर के पहले या बाद में करने के लिए "कोशिका फाउंडेशन" व न्यासी अधिभूत है।

2) मैं (आवेदक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण जो कि सहायता के उद्देश्य से प्रेषित है पूर्ण सत्य: सहायता का हकदार नहीं बनाता। इस सम्बंध में "कोशिका" एवम् उसके न्यासीयों का निर्णय अंतिम और साध्यकारी होगा।

आवेदक के हस्ताक्षर या अंगूठी का निशान



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:

हमारे अधिकृत, इलाहाबाद की ओर से मामले/संगी को "कोशिका जादूखेदान" से जितनिय सहायता हेतु सिफारिश भी जाती है, जिसे हम (हस्पताल) निम्न प्रकार से मान्य व स्वीकार करते हैं।

2. "बोशियर फाइवडेस" से ली गई साहायक बेसल विलिय प्रकृति की है। ऐसी पर हमलाएँ द्वारा ही गई सलाह या किसे मने उपचार/प्रक्रिया का चुनाव ऐसी एवं हमलाएँ

के बीच का विषय है और "कोशिका फाटनेदार" छद्म किसी प्रकार का कोई दवाव नहीं है। इसलिए हमसफ़ल में रंगी कं इलाज सुरक्ष और आने जाने की तारी बिम्बेदारी रंगी एवं हमसफ़ल की होगी और "कोशिका" की कोई भूमिका या बिम्बेदारी इस मामले में नहीं होगी।

सभीकृती के लिए संस्तुति

15/03/19

Dr. Rachel Joseph
(Name of Do & Refn. No. with Stamp)

(Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory)

No. 5 न्याय के पद प्रसादाय अर्पितम् अभिवादनम्

आन्तरिक उपयोग हेतु Road, Bangalore - 560 002

SIGNATURE of TRUSTEE 2

न्यासी हस्ताक्षर ।

न्यायी ब्रह्मभूष २

Erasmus

Rich