

42772

Koshika
foundation
Building block of life

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE (Healthcare)		(स्वास्थ्य देखभाल)		
APPLICATION No.: 8/0519/0164 आवेदन संख्या:		APPLICATION DATE: 22/5/19 आवेदन तिथि		
NAME of APPLICANT: G. Chinnareddappa आवेदक का नाम		AGE-YEARS आनु-वर्ष 70	SEX लिंग M	
FATHER'S/SPOUSE'S NAME: AG. Nadupanna पिता/कटुम्भ का नाम				
PRESENT RESIDENCE ADDRESS वर्तमान आवास पता Gativaripalli, K v palli mandalams				
PERMANENT RESIDENCE ADDRESS: स्थायी आवास पता Pileo, Chittoor Dist, Andhra Pradesh				
OCCUPATION: Unemployed व्यवसाय		MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)		
TOTAL ANNUAL INCOME: 35,000/- [family income] कुल वार्षिक आय		(Attach Proof of Income) (आप का साक्ष्य संलग्न)		
PAN No. स्याई कार्ड संख्या				
ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable): क्या आप आय कर दाता हैं (को मान्य हो उस पर सही का निशान लगावे) 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 से संबंध
1	Reddappa. G	40	M	Son
2	G. Megahani	38	F	daughter
BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable) सहायता के लिए 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			
	SICB + 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 सी गई सहायता राशि		
	BHITH			



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 यहाँ पर कबल यह ही कह रहा हूँ कि इस प्रारूप में दिये गये सभी विवरण मेरी जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई विवरण एवं कथन असत्य पाया जाता है तो मेरी सहायता निरस्त की जा सकती है।

2) मेरे द्वारा जो सहायता यदि "कोशिका फाउन्डेशन", से ली जा रही है, उसका उपयोग उसी उद्देश्य की पूर्ति के लिये किया जाएगा, जो इस प्रारूप में माग गया है।

3) मैं यहाँ पर कबल यह ही कह रहा हूँ कि जिस सहायता हेतु यह प्रार्थना की गई है, उस यदि का अधिक या समकल हिस्सा किसी अन्य स्रोत/नियोक्ता/बीमा कम्पनी से न हो 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 fulfilment of the "purpose" for which assistance is being requested.

1) इस प्रश्न का अपने हस्तक्षर या अंगठे की छाप लगाकर, मैं (आवेदक) अपनी सहमति की पुष्टि करता हूँ एवं "कोशिका फाउंडेशन और उसके न्यायोमैत्री" को अधिकृत करता हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और जो विवरण इस प्रश्न में घोषित है, उसे "कोशिका" एवम् न्यायोमैत्री, राज, वाचक या दूसरे उद्देश्य से जुड़ी गतिविधियों और उपलब्धियों के तथ्य किसी भी प्रकार माध्यम से प्रसारित करने के लिए अधिकृत है। मेरे प्रश्न का विवरण मेरे हस्ताक्षर के पहले या बाद में करने के लिए "कोशिका फाउंडेशन" या न्यायोमैत्री अधिकृत है।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION :
 आवेदक के हस्ताक्षर या अंगुठी 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:

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, इसकाश्री को अंतर से सामान्य/ऐसी को “कोशिका फायंडेशन” से विलिय सहायता होत सिफारिश की जाती है, जिसे हम (हमसाल) विभिन्न प्रकार से राज्य व स्वीकार करते है।

1) यह कि न तो सर्वमान और न ही सविध में किसी सहायता किसी गैर सरकारी संस्थान या किसी अन्य स्त्रीत से उक्त ऐलीपामले में लेने या लेने के है, जैसे कि अपने "कोरिका पाठवेनर" से निगरिगिगिगि उक्त के सम्मथ में "कोरिका पाठवेनर" द्वारा गदर हेतु कि है। यह "कोरिका पाठवेनर" द्वारा सहायता विगीत अतिरिक्तसकल हेतु यन्तुर नही किया जाता है तो अत्यन्त किसी अन्य गैर सरकारी संस्था या किसी अन्य संस्थापन से सहायता लेने का अधिकार सुरक्षित रहता है। इस पृष्ठ में स्पष्ट कहा जाता है कि अत्यन्त द्वितीय गदर उक्त ऐलीपामले हेतु किसी गैर सरकारी संस्था या किसी अन्य साधन से नही लेना/लेनी।

2. "कोशिका फाइब्रोसिस" से तो यह साहाय्य केवल विविध प्रवृत्ति की है। ऐसी पर हमलाएँ द्वारा ही यह सतह या बिन्दु पर उपचार/प्रक्रिया का चुनाव ऐसी एवं हमलाएँ से बीच का विषय है और "कोशिका फाइब्रोसिस" द्वारा किसी प्रकार का कोई दबाव नहीं है। इसविषये हमलाएँ में ऐसी कं इलाज सुरक्षा और आने जाने की सारी विध्वंसि ऐसी एवं हमलाएँ की होती और "कोशिका" की कोई भूमिका या विध्वंसि इस मामले में नहीं होती।

<p>Date of Surgery ऑपरेशन की तारीख</p> <p>22-5-19</p>	<p><i>[Signature]</i> Dr. Rachel Joseph (Name of Dr. & Regn. No. with Stamp) K.M. ...</p>	<p><i>[Signature]</i> Jyothi Deepak (Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory) B.W. ... No. ...</p>
---	---	--

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION

आन्तरिक उपयोग हेतु

SIGNATURE of TRUSTEE 1
 न्यायी इनाम 1

SIGNATURE of TRUSTEE 2
जयश्री इन्फार्म २

Sofenyl

Rich