

45589

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE
सहायता हेतु आवेदन प्रारूप(Healthcare)
(स्वास्थ्य देखभाल)Koshika
Foundation
Building Block of Life

APPLICATION No. :

आवेदन संख्या :

B/0319/0313

APPLICATION DATE :

आवेदन तिथि

17/2/19

NAME of APPLICANT :

आवेदक का नाम

T. Chinappa

AGE-YEARS आयु-वर्ष

65

SEX लिंग

M

FATHER'S/SPOUSE'S NAME :

पिता/पत्नी का नाम

Naganna

PRESENT RESIDENCE ADDRESS वर्तमान आवासीय पता

Vaddapatti, K. V. Patti Mandalam,

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS : स्थायी आवासीय पता

Piler, Chittoor Dist., Andhra Pradesh

OCCUPATION :

व्यवसाय

Mechanic

MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)

TOTAL ANNUAL INCOME :

कुल वार्षिक आय

40,000/-

(Attach Proof of Income)

(आय का साक्ष्य संलग्न)

PAN No. इयाई 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 / हाँ

No / 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 संबंध
1	Ravana	40	M	son
2	Sulochana	35	F	daughter
3	Ravi	30	M	son

BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable)

सहायता के लिए विलिखित 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) उपभोग्यता कार्ड (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें)	Any Other Basis/Proof अन्य कोई साक्ष्य
---	---	--	--

"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE:

सहायता हेतु किये गये विलिखी का उद्देश्य:

Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached अस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई प्रतिवेदन प्रुची संलग्न
	DoV
	Left eye
	acute L to R

ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES

इस उद्देश्य के हेतु कोई अन्य सहायता किसी अन्य स्रोत से लिये गयी है?

Sr. No. क्रम संख्या	NAME of OTHER SOURCE अन्य स्रोत का नाम	AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILED तो यह सहायता ऐसी
	BWH	

DECLARATION by APPLICANT: अभिषेक कुमार शर्मा

- DECLARATION by APPLICANT: **अभिषेक कुमार**
- 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 false statement is found, my application will be 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 बताना चाहता हूँ कि इस प्रश्न में दिये गये सभी विवरण मेरी जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई विवरण एवं कथन असत्य पाया जाता है तो मेरी प्रार्थना विरक्त की जा सकती है।
- 2) मैं यहाँ पर बताना चाहता हूँ कि "कौशिका फाउंडेशन" से ली जा रही है, उसका उपयोग इसी उद्देश्य को पूर्ण करने के लिये किया जाएगा, जो इस प्रश्न में माग गया है।
- 3) मैं यहाँ पर बताना चाहता हूँ कि मैं किसी सहायक से न तो प्रत्यक्ष रूप से लूँगा, न ही किसी अन्य स्रोत/एम्प्लॉयर/इंश्योरेंस कंपनी से न तो लूँगा। और न ही किसी से लूँगा।

AGREEMENT by APPLICANT (state the word)

- 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 solidifying 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 ढर्रे पर अपने हस्ताक्षर या अंगूठे की छाप लगाकर, मैं (अर्हक) अपनी जानकारी को पुष्टि करता हूँ कि "कोशिका फाउंडेशन और उसके न्यासी" को अधिकृत करता हूँ कि वे मेरा नाम, पता, फोटो और जो विवरण इस ढर्रे में घोषित है, उसे "कोशिका" एवम् न्यासी, दान, वाचनाय दूसरे उद्देश्य से मुझी गतिविधियों और उपलब्धियों को लिखे किताबों में प्रकाशित करने के लिए अधिकृत है। मैं इस का विवरण से इलाज के पहले या बाद में करने के लिए "कोशिका फाउंडेशन" व न्यासी अधिकृत है।
- 2) मैं (अर्हक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण जो कि सहायता के उद्देश्यों से प्रेषित है मुझे स्वतः सहायता का इकट्ठा नहीं करता। इस संबंध में "कोशिका" एवम् उसके न्यासी का निर्णय अंतिम और बाध्यकारी होगा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION

आवेदक के समक्ष या अंगुली का निशान

AGREEMENT by HOSPITAL (HOSPITAL 200 400)

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 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, इसकाही की ओर से समर्थन/पुर्त की "कोशिका पाठ्यपुस्तक" से विविध प्रमाण हेतु निरूपित की जाती है, जिसे इन (इसकाही) विषय प्रकाश से समर्थन व समर्थन करती है।

- 1) यह कि न तो सीएम और न ही यहिका में विहित सहायता किसी गैर साकारी संस्था या किसी अन्य इकाई से उच्च टैरिफायल में लेने या ले ले है, जैसे कि इनने "कोशिका फाउन्डेशन" से लिफ्टिंग/विटली उच्च की समझ में "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा गहर हेतु कि है। यह "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा सहायता लिफ्टी सीलिंग/सफल हेतु गन्तु यह किप जात है जो अनपगत किसी अन्य गैर साकारी संस्था या किसी अन्य समस्थान से सहायता लेने का अधिकार सुविधा रखता है। इस धृष्टि में स्पष्ट कहा जात है कि अनपगत द्वितीय गहर उच्च टैरिफायल हेतु किसी गैर साकारी संस्था या किसी अन्य साधन से नहीं लेना/लेली।
2. "कोशिका फाउन्डेशन" से लेी गई सहायता कंपन विहित ऋण्टि को है। लेने या इन्पगत द्वारा लेी गई सहाय या किने गने इन्पगत/इकिम का मुल्य टैरि एवं इन्पगत को सीप का विषय है और "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा किसी इकाई का कोई रबाज नहीं है। इतिनिने इन्पगत में टैरि की इत्तम मुल्य और आने जाने को सारी जिम्मेदारी टैरि एवं इन्पगत को लेनी-और "कोशिका" को कोई सुविधा या जिम्मेदारी इस मायले में नहीं लेनी।

RECOMMENDED FOR ACCEPTENCE

अथर्ववेद के लिए संस्कृत

Date of Surgery
ऑपरेशन की तारीख

13/8/19

Dr. Rachel Joseph
DOMS, FIG

(Name of Dr. & Reg. No. with Stamp) 55457
डाक्टर का नाम व इलाका व तारीख

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

सुम व पद इत्यन्ता अपिभूत अपिभूताः।।

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION

अन्यत्रि उपर्युक्त **Dr. Damodara** 447 7000

SIGNATURE of TRUSTEE 1
जयदीप कुमार ।

SIGNATURE of TRUSTEE 2
and TRUST 2

Exempel

lieve