

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE
सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)
(स्वास्थ्य देखभाल)

Koshika
foundation
Building blocks of life

APPLICATION No.: 8/0719/0318 APPLICATION DATE: 14/4/2019
आवेदन संख्या: आवेदन तिथि

NAME of APPLICANT: Venakata Nagulu AGE-YEARS आयु-वर्ष 53 SEX लिंग F
आवेदक का नाम

FATHER'S/SPOUSE'S NAME: Venkata Ramana
पिता/सहोदर का नाम

PRESENT RESIDENCE ADDRESS वर्तमान आवासीय पता
Gottapalli Somnathpalli Mandalam

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS: स्थायी आवासीय पता

Chittoor Dist. Piler, Andhra Pradesh

OCCUPATION: House wife.
व्यवसाय

MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)

TOTAL ANNUAL INCOME: 35,000/- [family Income] (Attach Proof of Income)
कुल वार्षिक आय (आय का साक्ष्य संलग्न करें)

PAN No. स्थायी खाता संख्या

ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable): Yes / No
क्या आप आय कर दाता हैं (जो मान्य हो उस पर सही का निशान लगाएं): 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 से संबंध
1	Rajbabu	33	M	son
2	Anjanayulu	32	M	son
3	Tulsi	31	F	daughter

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) आय 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 विनये गये विनती का उद्देश्य:

Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached अस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई प्रतिवेदन सूची संलग्न
	DOV
	Right eye
	SGCS + IOL

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 जो यह सहायता रही
	BWLEH	

45532



0318 Venkata Nagulu Pre-op
0318 Venkata Nagulu 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 यहाँ पर बताना 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 सहायता निरस्त की जा सकती है।

2) मैं इससे यहाँ पर बताना हूँ कि "कोशिका फाउन्डेशन", से जो भी मदद मिलेगी, उसे केवल उसी उद्देश्य की पूर्ति के लिये प्रयोग करूँगा, जो इस प्रश्न में बताया गया है।

3) मैं यहाँ पर बताना हूँ कि मैं इस सहायता से या भविष्य में किसी भी अन्य स्रोत/रोजगार/बीमा कंपनी से न तो रिफंड करूँगा और न ही किसी भी और

1) By affixing my signature or thumb impression on this Form, I (Applicant) hereby agree & authorize Koshika Foundation and it's Trustees to use/publish/post-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.

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 Kashi Foundation, and their decision in this regard will be final and acceptable to me.

1) इस प्रश्न का अपने हस्ताक्षर या अंगुली की छाप लगाकर, मैं (अभ्यर्थक) अपनी सहयोगी को दुपट्टा करता हूँ एवं "कोशिका कारागारों और उनमें ग्याहों" को अधिकृत करता हूँ कि मेरा नाम, जन्म, पते और जो विवरण इस प्रश्न में पोषित है, उसे "कोशिका" दफ्तर ग्याही, दान, वाचकता द्वारा उद्घरण के तुरती अधिविधिओं और उपलब्धियों के दिने किसी भी प्रकार गायब से उपस्थित करने के लिए अधिकृत है। मेरे प्रश्न का विवरण मेरी इलाज के पहले या बाद में करने के लिए "कोशिका कारागारों" में ग्याही अधिकृत है।

2) मैं (अपनेक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा मन, मात, पीछे और विचार जो कि सहायता में बदलायी में प्रविष्ट है मुझे माल: सहायता का इकट्ठा भी करता। इस सम्बन्ध में "कविता" एक उसके व्यक्तियों का निर्णय क्षमता और समझदार होना।

अधिकांश के इलाज या अंगुली का निदान



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.

इसने जिनदूर, इनाधरी की ओर से समस्त/एरी को "कोशिका पाठ्यक्रम" से विनिर गायक हेतु निमरीत की गती है, जिसे हम (इमराल) निम प्रकाश से गाय न गीतका गती है।

1) यह कि न तो अधिनियम और न ही अधिनियम में उल्लिखित साक्ष्यता किसी और सरकारी संस्थान या किसी अन्य व्यक्ति से उक्त पंजीकरणों में होने या न हो है, जैसे कि इनमें "कॉलेजियल फायरवॉटर" से पंजीकरण/विनिर्देश उक्त में सम्मिलित है "कॉलेजियल फायरवॉटर" द्वारा मरने हेतु कि है। यदि "कॉलेजियल फायरवॉटर" द्वारा साक्ष्यता विनिर्देश अधिनियम/समय हेतु मरने की विधि बता है तो अस्पताल किसी अन्य और सरकारी संस्था या किसी अन्य संस्थान से साक्ष्यता लेने का अधिकार सुरक्षित रहता है। इस दृष्टि में स्पष्ट कहा जाता है कि अस्पताल सुनिश्चित करने उक्त पंजीकरणों हेतु किसी और सरकारी संस्था या किसी अन्य संस्थान से नहीं लेना/लेनी।

2. "बोसिका पायनरेशन" से ही यह सत्यता केवल विविध प्रकृति की है। ऐसी पर हमलाएं हुए ही यह सत्य या किने यह उपवास/प्रक्रिया का मुख्य ऐसी एवं हमलाएं से होकर का विषय है और "बोसिका पायनरेशन" हुए किसी प्रकार का कोई प्रभाव नहीं है। इसीसे हमलाएं में ऐसी से इतना मुक्त और ज्ञान ज्ञान की सारी विमोचने ऐसी एवं हमलाएं की होती और "बोसिका" की कोई पहिना या विमोचने इस मामले में नहीं होती।

संस्कृतों के लिए संस्कृति

12/3/19

(Name of Dr. & Reg. No. Reg. Station) 55457

डाक्टर का नाम व इलाका व पत्र न

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

B. W. L. जयसिंग, राजीव गान्धी कानून केंद्र, श्रीलंका (अभिप्रेत)

आन्तरिक प्रयोग

Exchanged

2020