

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE
सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)
(स्वास्थ्य देखभाल)

APPLICATION No.:
आवेदन संख्या:

B/0919/0462

APPLICATION DATE:
आवेदन तिथि

11/9/19

NAME of APPLICANT:
आवेदक का नाम

Jamrud Bi

AGE-YEARS आयु-वर्ष

65

SEX लिंग

f

FATHER'S/SPOUSE'S NAME:
पिता/पति का नाम

Nahaboo Bab

PRESENT RESIDENCE ADDRESS वर्तमान आवासीय पता

Chinna Gottigitta, Piler mandalam,

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS : स्थायी आवासीय पता

Piler, Chittoor Dist. Andhra Pradesh



0462 0462
Jamrud Bi Jamrud Bi
Post.op Pre.op

OCCUPATION:
व्यवसाय

House wife

MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)

TOTAL ANNUAL INCOME:
कुल वार्षिक आय

30,000/- [family income]

(Attach Proof of Income)
(आय का साक्ष्य संलग्न)

PAN No. स्थायी पत्रिका संख्या

ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable):
क्या आप आय कर दाता हैं (को मान्य हो उस पर सही का चिह्न 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	Relation with Applicant आवेदक से प्राथमिक सम्बन्ध
1.	Ghouse Bashu	33	M	son
2	Shereen	31	f	daughter
3	Neeraz	28	M	son
4	Bashu	25	f	daughter

BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable)
सहायता के लिये किसी आधार

BPL Card (Attach Card Copy) गरीबी रेशा 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 किसे नये किसी का उद्देश्य:

Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached अस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई प्रतिवेदन सूची संलग्न
	DOV left eye 100 + 100

ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES
इस उद्देश्य के हेतु कोई अन्य सहायता किसी अन्य स्रोत से लिया गया है?

Sr. No. क्रम संख्या	NAME of OTHER SOURCE अन्य स्रोत का नाम	AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILED सी गई सहायता राशि
	BWLEH	

DECLARATION by APPLICANT: जारीक हुन चीनमा रा:

- 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 योजना करता हूँ कि इस प्रमाण में दिये गये सभी विवरण सही 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 इस को सहायता एवम् "कोशिका फाउन्डेशन", से ली जा रही है, इसका उपयोग उसी उद्देश्य को पूर्ण करने के लिये किया जाएगा, जो इस प्रमाण में माग गया है।
- 3) मैं यही प्रमाण दूँ कि जिस सहायता हेतु यह प्रमाण की जा रहा है, उस एवम् का अतिरिक्त या समस्त विवरण किसी अन्य सोर्स/एम्प्लॉयर/इन्सुरेंस कंपनी से न ले लिया है और न ही भविष्य में लूँगा।

AGREEMENT by APPLICANT (please print name)

- t) 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.

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 उत्तरों का अंशों की छान लगाकर, मैं (आवेदक) अपनी रायों की पुष्टि करता हूँ एवं "कॉशिका काउंसिल और उसके व्यक्तियों" को अधिवृत्त करता हूँ कि वेद गान, पाठ, चोटों और जो विचार इस प्रश्न में पोषित हैं, उसे "कॉशिका" एवं गायत्री, दान, वाचनाय द्वारा उद्देश्य के मुठों लक्षितियों और उपलब्धियों में निम्न किन्हीं से प्रभावित करने की शक्ति अधिवृत्त है। वे प्रश्न का विचार में इतना के पहले या बाद में करने की शक्ति "कॉशिका काउंसिल" व गायत्री अधिवृत्त है।
- 2) मैं (आवेदक) इस बात से सहमत हूँ कि वेद गान, पाठ, चोटों और विचार जो कि साधना के उद्देश्यों से प्रेषित हैं मुझे स्वतः साधना का हकदार नहीं करता। इस सम्बन्ध में "कॉशिका" तथा उसके व्यक्तियों का निर्णय अंतिम और बाध्यकारी होगा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION:

अध्यापक डॉ. हनुमन्त पा. भोंगले का निवास



AGREEMENT by HOSPITAL (WHICH SEE WCC)

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 ज्ञात होता है कि भारत में गणतन्त्र के अर्थ में "कोई भी व्यक्ति" से जिनके अन्तर्गत सभी के अन्तर्गत है, किसे इन (इसमें) निम्न प्रकार से मान्य है (अर्थात्)।

- 1) यह कि न तो संविधान और न ही संविधान में विहित प्रावधान किसी भी सरकारों संसदन या किसी अन्य निकाय से उच्च ऐरोप/पत्राले में ली जा से पां है, केही कि इपने "संविधान प्रावधानों" से विधायिका/निकाय उच्च से संसदन में "संविधान प्रावधानों" द्वारा पारर हेतु कि है। यदि "संविधान प्रावधानों" द्वारा प्रावधान विहित संविधान/पत्राले हेतु पान्नु नही किना जात है तो अस्पष्टता किसी अन्य भी सरकारों संसदन या किसी अन्य संसदन से प्रावधान लेने का अधिकार प्रमाणित प्रगत है। इस धृष्टि में स्पष्ट कहा जात है कि अस्पष्टता विहित पारर उच्च ऐरोप/पत्राले हेतु किसी भी सरकारों संसदन या किसी अन्य संसदन से नही लेना/लेनी।

- [illegible]

RECOMMENDED FOR ACCEPTENCE

स्वीकृती के लिए संस्थान

Date of Surgery
अभिषेक की तारीख

अभिमान का लोभ

11/9/19

Dr. Rachel Joseph
DOMS, FIG
KMC Reg. No. 55457
(Name of Dr. & Regn. No. with Stamp)

Jyothi Deepak
Administration

Administrator

(Name, Designation & Stamp of Authorized Signatory
on behalf of Hospital)
No. 5, Little Flower Hospital Road
Off. of the Board, Bangalore - 560 003

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION

अन्योन्य-सम्बन्धः ३३

SIGNATURE of TRUSTEE 1

2000

Exchanged

SIGNATURE of TRUSTEE 3

संक्षेप रूपान्तरण

2018