

47920

**Koshika**  
foundation  
Building block of life

**APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE**  
सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)  
(स्वास्थ्य देखभाल)

APPLICATION No.:

आवेदन संख्या:

B/0919/0466

APPLICATION DATE:

आवेदन तिथि

11/9/19

NAME of APPLICANT:

आवेदक का नाम

Bhaskar Reddy

AGE-YEARS आयु-वर्ष

65

SEX लिंग

M

FATHER'S/SPOUSE'S NAME:

पिता/पत्नी का नाम

Venkataramana Reddy

PRESENT RESIDENCE ADDRESS वर्तमान आवासीय पता

Metamatteta, Pendekharangudi, Ranpachertu  
Mankalam,

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS स्थायी आवासीय पता

Piler, Chittoor Dist, Andhra Pradesh.

OCCUPATION:

व्यवसाय

Security Guard

MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)

TOTAL ANNUAL INCOME:

कुल वार्षिक आय

35,000/-

(Attach Proof of Income)

(आय का सबूत संलग्न)

PAN No. स्थायी 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 चिह्न लगाएं)

Yes / No

हां / नहीं

## FAMILY DETAILS परिवार विवरण

| Sr. No.<br>क्रम संख्या | Name of Family Member<br>परिवार के सदस्यों का नाम | Age (Years)<br>उम्र (वर्ष) | Gender<br>लिंग | Relation with Applicant<br>आवेदक के साथ सम्बन्ध |
|------------------------|---------------------------------------------------|----------------------------|----------------|-------------------------------------------------|
| 1.                     | Venugopal Reddy                                   | 40                         | M              | Son                                             |
| 2.                     | Lakshmi devi                                      | 32                         | F              | daughter                                        |
| 3.                     | Kalavathi                                         | 24                         | F              | daughter                                        |

BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable)

सहायता के लिये विधि आधार

|                                                                                                             |                                                                                                                     |                                                                                          |                                           |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------|
| BPL Card<br>(Attach Card Copy)<br>गरीबी रेशा के नीचे प्रमाण पत्र<br>(प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें) | EWS Certificate<br>(Attach Certificate Copy)<br>अल्प आय वर्ग प्रमाण पत्र<br>(प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें) | Ration Card<br>(Attach Copy)<br>उपभोग्य कार्ड<br>(प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें) | Any Other<br>Basis/Proof<br>अन्य कोई सबूत |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------|

"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE:

सहायता हेतु किये गये विधि का उद्देश्य:

| Sr. No.<br>क्रम संख्या | Medical Reports/Prescriptions Attached<br>अस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई प्रतिवेदन सूची संलग्न |
|------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------|
|                        | Don't                                                                                        |
|                        | Right Eye                                                                                    |
|                        | Blind + 10L                                                                                  |

ASSISTANCE BEING AWAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES

इस उद्देश्य के हेतु कोई अन्य सहायता किसी अन्य स्रोत से लीया गया हो?

| Sr. No.<br>क्रम संख्या | NAME of OTHER SOURCE<br>अन्य स्रोत का नाम | AMOUNT of ASSISTANCE BEING AWAILED<br>ली गई सहायता राशि |
|------------------------|-------------------------------------------|---------------------------------------------------------|
|                        | Bhutan                                    |                                                         |

0466 0466  
Bhaskar Reddy Bhaskar Reddy  
Post-op Pre-op

DECLARATION by APPLICANT: अर्जद्वारा देया गेल्ल वस्तु

DECLARATION by APPLICANT: **अवेगले वृत्ति घोषणा:**  
 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.  
 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.

liable for rejection/cancellation. Assistance from Keshikis Foundation, will be used only for the "purpose", as stated in this Form, for which such assistance

2) I solemnly confirm that assistance, if received from Koshika Foundation, was used only for the purpose(s) as stated in the above and 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 बना रहा हूँ कि इस प्रश्न के निम्न गये सभी विवरण मेरी जानकारी की अनुसार सत्य एवं सही है। यदि कोई विवरण सत्य प्रमाण प्रस्तुत नहीं करता है तो मेरी योजना सफल की जा सकती है।

1) मैं सोचता हूँ कि इस प्रश्न में हमें यह भी विचार करना होगा कि क्या यह सही है कि यह सब विचारों के अन्तर्गत आता है।

3) मैं सुनिश्चित करता हूँ कि जिस साक्ष्य से मैं यह कह रहा हूँ, उस दाँती का सार्वजनिक या निजी रूप से प्रसारित किसी अन्य प्रोत्प्रेषक/प्रोत्प्रेषिका का नहीं है। मैं यह सुनिश्चित कर रहा हूँ कि मैं इस साक्ष्य से निष्कर्ष निकाल रहा हूँ कि यह दाँती का सार्वजनिक या निजी रूप से प्रसारित किसी अन्य प्रोत्प्रेषक/प्रोत्प्रेषिका का नहीं है।

## AGREEMENT by APPLICANT (attach to WFO)

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.

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 प्रकार का अपने इरादों या अर्थों को ज्ञान लक्षण, मैं (आवेदक) अपनी प्रवृत्ति को पुष्टि करता हूँ एवं "कौटिका काण्डेयन और उसके ग्यासी" को अधिकृत करता हूँ कि वेता पत्र, पत्र, अर्थों और वे विवरण इस प्रकार में प्रेषित है, इसे "कौटिका" एवम् ग्यासी, पत्र, काचपत्र पत्रों इत्यादि में मुझे प्रतिनिधि और उपस्थिति के तारे किसे भी ज्ञान लक्षण में प्रेषित करने के लिए अधिकृत है। मैं इस का विवरण भी इत्यादि के पत्रों या पत्र में करने के लिए "कौटिका काण्डेयन" व ग्यासी अधिकृत है।

2) मैं (अपवादक) इस बात से सहमत हूँ कि वेग पान, पाा, फोटी और विवाह जो कि सहायक को इन्टरेन से प्रमित है मुझे सवा: सहायक का इकट्ठा करी करता। इस सम्बन्ध में "अपवादक" एवम उसके ज्यमिनी का निर्णय अंतिम और बाध्यकारी होगा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION \_\_\_\_\_

आवेक नं. १२००१ वा अंग्रेजी का निशान



AGREEMENT by HOSPITAL (एग्रीमेंट ऑफ़ हॉस्पिटल)

By affixing hereunder, signature of our Authorised Signatory for recommending this case/patient for financial assistance from Koshika Foundation, we (Koshika) hereby affirm & accept following:

(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.

हमारे अधिकार, हमसहरी की ओर से गणतंत्र/राजी की "कोशिका गणतंत्र" से विभिन्न प्रकार के सिद्धांतों की जाती है, जिसे हम (इसका) फिर प्रसार से प्राप्त व प्रयोग करने हैं।

1) यह कि न तो संविधान और न ही संविधान में विहित प्रावधान किसी एक साकारता प्रावधान या किसी अन्य स्रोत से उभर आये/प्राप्त हो गये या तो गढ़े हैं, बल्कि कि इनमें "कोशिका प्रावधान" से विचारोत्पन्न/निर्मित उभर के सम्भव हैं। "कोशिका प्रावधान" द्वारा उभर हेतु कि है। यदि "कोशिका प्रावधान" द्वारा साकारता विधित अधिकप्रधान हेतु समुद्र नहीं किए जाते हैं तो अस्पष्टता किसी अन्य एक साकारता प्रावधान या किसी अन्य ससाधन से उभरता लेने का अधिकार सुरक्षित रहता है। इस पृष्ठ में स्पष्ट कहा जाता है कि अस्पष्टता द्वितीय उभर उभर आये/प्राप्त हेतु किसी एक साकारता प्रावधान या किसी अन्य ससाधन से नहीं होना/होनी।

2. "कोशिका पदार्थ" को भी कई सहायक चीजें मिली हुई हैं। ऐसी पर हमारा ध्यान दो कि कई सहायक चीजें हैं जिनमें से कुछ को हमें पढ़ना पड़ेगा और कुछ को नहीं पढ़ना पड़ेगा। "कोशिका पदार्थ" को हमें पढ़ना पड़ेगा और "कोशिका पदार्थ" को हमें पढ़ना पड़ेगा। इसीलिए हमारा ध्यान दो कि हमें पढ़ना पड़ेगा और हमें पढ़ना पड़ेगा।

RECOMMENDED FOR ACCEPTENCE

स्वीकृती के लिए संस्तुति

Date of Surgery  
ऑपरेशन की तारीख

Dr. Rachel Joseph  
DMS, FIG

(Name of Regd. No. with Stamp)

डाक्टर का मुँह से इसकाफ़ी बरि न.

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

No. 5. I hereby certify that  
 the above is a true and correct  
 copy of the original as the same  
 appears in the records of the  
 Court.

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION

अनुसारिक उपकरणे ही

SIGNATURE of TRUSTEE 1

આમને કારણે જો તમે  
આમને કારણે જો તમે

SIGNATURE of TRUSTEE 2

न्यायः इत्युक्त्वा ।

Exchanged

lieve