

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE

सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)

(स्वास्थ्य देखभाल)

Koshika
foundation

Building blocks of life.

APPLICATION No. :
आवेदन क्रमांक :

13/07/17/0184

APPLICATION DATE :
आवेदन तिथि

10/07/2017

NAME of APPLICANT :
आवेदन करने वाले का नाम

Pedda Mallaiiah

AGE-YEARS मास-वर्ष

65

SEX लिंग

M

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

Venkataswamy

PRESENT RESIDENCE ADDRESS वर्तमान निवास पता

Putta vandlapalle, Tessa palymont Mandabem

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS : यह निवास पता

Pites, Ch. Hoos Dist, Andhra Pradesh

OCCUPATION :
व्यवसाय

Labour

TOTAL ANNUAL INCOME :
कुल वार्षिक आय

34,000/-

(Attach Proof of Income)

(आय का प्रमाण प्रस्तुत करें)

PAN No. टैक्स प्रमाण पत्र

ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable):
क्या आप आय कर कादाता हैं (को चिह्न दें जो लागू हो या नहीं या रिक्त छोड़ें)

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 आवेदन करने वाले का संबंध
1	Ramesh	26	M	Son

BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable)
सहायता के लिए निम्न कारण

BPL Card (Attach Card Copy) लोअर मध्यम वर्ग के लोग के प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की प्रतिलिपि संलग्न करें)	EWS Certificate (Attach Certificate Copy) अल्प आय वर्ग का प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की प्रतिलिपि संलग्न करें)	Ration Card (Attach Card Copy) राशन कार्ड (प्रमाण पत्र की प्रतिलिपि संलग्न करें)	Any Other Basis/Proof अन्य कोई प्रमाण
---	---	---	---

"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE:
सहायता हेतु निम्न कारण लिखें:

Medical Reports/Prescriptions Attached
आयुर्वेदिक/चिकित्सा रिपोर्ट संलग्न

DOV for Right Eye

Cataract for Right Eye

ASSISTANCE BEING AWAIED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES
इस उद्देश्य के हेतु कोई अन्य सहायता मिली है या नहीं के लिए पता करें

NAME of OTHER SOURCE
अन्य स्रोत का नाम

AMOUNT of ASSISTANCE BEING AWAIED
कितनी राशि मिली है

R.W.T.E.H

DECLARATION by APPLICANT: অনুমতি প্রাপ্ত

- DECLARATION BY APPLICANT: **अर्शद डी खान**
- 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 Kishika 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.
 - 4) मैं यहाँ पर दावा करता हूँ कि इस प्रश्न में दिये गये सभी विवरण मेरे मातापिता के अनुसार सत्य एवं सही हैं। और कोई किराना एवं भ्रमन अथवा धोखाधड़ी है तो मेरे मातापिता को पता चलती है।
 - 5) मैं इस को समझता हूँ कि "कृषिका फाउंडेशन", मेरी मदद करती है, इसका उपयोग पूरी तरह से मेरी पुर्ण को करने के लिए किया जाएगा, जो इस प्रश्न में बताया गया है।
 - 6) मैं यहाँ पर दावा करता हूँ कि मैं किसी अन्य स्रोत से या अपने नियोक्ता या बीमा कंपनी से या किसी अन्य स्रोत/नियोक्ता/बीमा कंपनी से इस मदद के लिए नहीं आ रहा हूँ और मैं इस मदद को केवल मेरे मातापिता के लिए ही उपयोग करूँगा।
- APPLICANT'S SIGNATURE: **(अर्शद डी खान)**

AGREEMENT by APPLICANT (above DO NOT)

- 1) By affixing my signature or thumb impression on this Form, I (Applicant) hereby agree & authorize Koshika Foundation and its Trustees to use/publish/post-upreproduce 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/accomplishments. 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.
- 3) इस ढङ्ग का ज्ञान प्राप्त हो जाने की वल समझ, मैं (अर्जितक) अपनी सारी को पुष्टि करता हूँ कि "कोशिका फाउंडेशन और उसके आचार्य" के अधिकृत करने हैं कि वे मेरा नाम, पता, चोट और मेरे विषय इस ढङ्ग से प्रसारित है, इसे "कोशिका" द्वारा जारी, प्रकाशित, प्रसारण या अन्य तरीकों से पूरी लोकप्रियता और जानकारी के लिए किसी भी तरह सामान्य में प्रसारित करने के लिए अधिकृत है। ये ढङ्ग का निर्धारण यह सुनिश्चित करने के लिए या बाद में करने के लिए "कोशिका फाउंडेशन" ने जारी अधिकृत है।
- 4) मैं (अर्जितक) इस बात से सहमत हूँ कि वे मेरा नाम, पता, चोट और विवरण को बिना किसी भी शर्तों के प्रसारित है मुझे तथा, आधार का उपयोग नहीं करना। इस संबंध में "कोशिका" द्वारा जारी अधिकृत का निर्देश अधिकृत और अनिवार्य होगा।

APPLY WITH THE SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION

[illegible]

ADMITTED by HOSPITAL (enter DR #) _____

By affixing hereunder, signature of our Authorised Signatory for recommending this case/patient for financial assistance from Koshika Foundation, we (Hospital) hereby affirm & attest 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 its 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 & its outcome & safety of the patient, and Koshika Foundation will have no role or responsibility in the matter.

[illegible]

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE

पञ्जीकरण के लिए संयुक्त

Dr. Gayathri Krishna

B.W. Lions, Superficially Free Monoids

No. 5, Liong Eye Hospital Bldg.

Off. J.C. Road, Bangalore-560002

(Name, Designation & Stamp of Approving Engineer & Co.
on behalf of Hospital)

आप ही हैं हमारे अविभाज्य अंग

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION

SIGNATURE OF TRUSTEE 1
HOW MANY 1

पुनः प्रारम्भः ।

Einführung

SIGNATURE OF TRUSTEE 2
HON. VERON 2

अस्यै तद्वत्तत्त्वं

lieve