

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE

सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)

(स्वास्थ्य देखभाल)

Koshika
foundation
Building blocks of life.

APPLICATION No.:

आवेदन संख्या:

B/0717/0185

APPLICATION DATE:

आवेदन तिथि

NAME of APPLICANT:

आवेदक का नाम

Kuberaappa

AGE-YEARS

वर्ष-वर्ष

65

SEX

लिंग

M

FATHER'S/SPOUSE'S NAME:

पिता/पत्नी का नाम

Basappa

PRESENT RESIDENCE ADDRESS

वर्तमान निवास पता

Muvandapatti Kalikot mandalam,

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS

स्थायी निवास पता

Pulur, Chittoor Dist. Andhra Pradesh

OCCUPATION:

व्यवसाय

Labour

TOTAL ANNUAL INCOME:

कुल वार्षिक आय

43,000/-

(Attach Proof of Income)

(आय का प्रमाण संलग्न करें)

PAN No. (आपका PAN संख्या)

ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable)

आप आय कर का दाता हैं (को यहाँ से टिक करें जो लागू हो)

Yes / No

हाँ / नहीं

FAMILY DETAILS

परिवार विवरण

Sr. No. क्र. सं.	Name of Family Member परिवार के सदस्य का नाम	Age (Years) उम्र (वर्ष)	Gender लिंग	Relation with Applicant आवेदक से क्या संबंध
1	Ravi	39	M	Son
2	Chanda	34	M	Son

BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable)

आवश्यकता के सिद्धि बिंदु

BPL Card (Attach Card Copy) पोषी कार्ड का प्रमाण पत्र (आपका पत्र को साथ में संलग्न करें)	CRIS Certificate (Attach Certificate Copy) आय कर का प्रमाण पत्र (आपका पत्र को साथ में संलग्न करें)	Ration Card (Attach Card Copy) आवश्यकता कार्ड (आपका पत्र को साथ में संलग्न करें)	Any Other Basis/Proof आप कोई अन्य
---	---	---	---

"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE:

आवश्यकता हेतु सिद्धि के बिंदु का उद्देश्य:

Sr. No. क्र. सं.	Medical Reports/Prescriptions Attached आवश्यकता के बिंदु को सिद्धि के लिए संलग्न
	Dov for Right Eye
	Cataract for Right Eye

ASSISTANCE BEING AWARDED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES

इस उद्देश्य के लिए कोई अन्य आवेदन बिंदु अन्य स्रोत से प्राप्त हो?

Sr. No. क्र. सं.	NAME of OTHER SOURCE आप स्रोत का नाम	AMOUNT of ASSISTANCE BEING AWARDED सी गई आवेदन राशि
	Bh. L. E. H.	



0185 0185
kuberaappa kuberaappa
poc op poc op

DECLARATION by APPLICANT: **सर्वोदय** [1] **सर्वोदय** [2]

- 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.
- 4) मैं यहाँ घोषणा करता हूँ कि इस प्रस्ताव में दिये गये सभी विवरण सही जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई विवरण सत्य नहीं माना जाय तो इस प्रस्ताव निरस्त हो या ख़तरा है।
- 5) मैं इस बात को गारंटी करता हूँ कि "कौशिका फाउंडेशन", से मिले या नहीं है, इसका उपयोग इस उद्देश्य की पूर्ति के लिये किया जायेगा, जो इस प्रस्ताव में बतल गयी है।
- 6) मैं यहाँ घोषणा करता हूँ कि मैं इस प्रस्ताव के अंतर्गत से प्राप्त की गई राशि का किसी अन्य स्रोत/रोजगार/बीमा कंपनी से न ले रहा हूँ और न ही भविष्य में लूँगा।

ASSIGNMENT BY APPLICANT (SHOW TO WHOM)

- 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/upload/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 its 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 का जल्ने सवाक या जल्ने की छाप लगाकर, मैं (अर्शक) अपने छापी की मुद्रि करता हूँ एवं "कोशिका फाउंडेशन और इसके भाली" को अधिकृत करता हूँ कि वे मेरा नाम, पते और मेँ विवरण इस प्रश्न में छापी है, उसे "कोशिका" एकर, माली, घर, चालक या एकी जल्ने के मुद्री पीडीएफि और चालकियों के लिने किले की प्रसारण के प्रसारि करने के लिने अधिकृत है। मेँ प्रश्न का विवरण मेँ प्रसारण के चाले या घर के चाले के लिने "कोशिका फाउंडेशन" व माली अधिकृत है।
- 2) मैं (अर्शक) इस बात से साजत हूँ कि मेरा नाम, पता, पते और विवरण को कि प्रसारण के जल्ने की प्रसारि है मुदी सतः। सवाक का सवाक की सवाक इस प्रश्न में "कोशिका" एकर जल्ने माली के लिने किले और चालकरी सतः।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION:

[illegible]

AGREEMENT by HOSPITAL: (NWHHS 100 W01)

By affixing hereunder, signature of our Authorized Signatory for recommending this case/patient for financial assistance from Koshika Foundation, we (institute) 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.

1) यह कि न तो कठिना और न ही भविष्य में विविध सहायता किसी एक सहायी संस्था या किसी अन्य संस्था से प्राप्त होनी चाहिये है, बल्कि कि इनमें "कोलिका सहायता" से विपत्तिग्रस्त/विपत्ति प्राप्त हो सहायता में "कोलिका सहायता" द्वारा प्राप्त होनी चाहिए है। यदि "कोलिका सहायता" द्वारा सहायता किसी अधिकतम/अधिकतम हो सकती नहीं किन्तु जहाँ से हो सहायता किसी अन्य एक सहायी संस्था या किसी अन्य सहायता से सहायता लेने का अधिकार सुरक्षित रहता है। इस बुद्धि में सहायता प्राप्त करने के कि सहायता विशेष प्रकार प्राप्त होनी चाहिये है कि सहायता संस्था या किसी अन्य सहायता से नहीं लेनी चाहिये।

2. "बोधिका चारुवेला" के ली गई कहानियाँ केंद्रित विभिन्न श्रेणियों की हैं। ऐसी या कल्पनाएँ इस दो नई काल का किसे एवं उपचारप्रणालियाँ का सुझाव देती एवं कल्पनाओं को जोड़ का विषय है और "बोधिका चारुवेला" इस विषय प्रकाश का कोई प्रकाश नहीं है। इसीलिए कल्पनाओं में ऐसी को प्रकाश सुझा और जाने जाने की सारी विचारधारा ऐसी एवं कल्पनाओं को जोड़ और "बोधिका" की कोई प्रणाली या विचारधारा इस काल में नहीं होती।

NOT CONTAINED FOR ACCEPTANCE

एकीकृतिते ये विषय संश्लेषित

Dr. Gayathri

Administrative

B.W. Lions Superspecialty Eye Hospital

Signature, Designation & Stamp of Authorized Signatory

on behalf of Hospitals

॥ यत् कर्मफलं भविष्यति भविष्यति ॥

1000

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION ॐ श्री गुरुो नमो ॥

SIGNATURE OF TRUSTEE:

बुद्धिमान विचार :

SIGNATURE of TROUBLEMAKER

पृष्ठ संख्या 2

Erasmus

1228