

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE

सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)

(स्वास्थ्य देखभाल)


Koshika
 foundation
 Building lives at the

APPLICATION No. / आवेदन संख्या : B/0717/0196 APPLICATION DATE / आवेदन तिथि 10/07/2017

NAME of APPLICANT / आवेदन करने वाले का नाम Gaurindho Nayak AGE-YEARS / आयु-वर्ष 55 SEX / लिंग M

FATHER'S/SPOUSE'S NAME / पिता/पत्नी का नाम Sumantho Nayak

PRESENT RESIDENCE ADDRESS / वर्तमान निवास का पता Z. Harmandha, 15V Patti, Mandakam

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS / स्थायी निवास का पता P. Lax, Chittlos Dist. Andhra Pradesh

OCCUPATION / व्यवसाय Labour

TOTAL ANNUAL INCOME / वार्षिक आय 55,000/- (Attach Proof of Income) (आपका आय प्रमाण)

PAN No. / आयकर पहचान संख्या

ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable) / क्या आप आय कर कादाता हैं (को सही तरीके से चिह्नित करें) Yes / No हाँ / नहीं

FAMILY DETAILS / परिवार विवरण

Sr. No. / क्र. सं.	Name of Family Member / परिवार के सदस्यों का नाम	Age (Years) / उम्र (वर्ष)	Gender / लिंग	Relation with Applicant / आवेदन करने वाले का संबंध
1)	Haruman Nayak	25	M	Son
2)	Salish Nayak	20	M	Son

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

BPL Card (Attach Card Copy) / पीपीएल कार्ड का प्रमाण (आपका कार्ड को साथ में चिह्नित करें)	EWS Certificate (Attach Certificate Copy) / आय और वर्ग प्रमाण (आपका कार्ड को साथ में चिह्नित करें)	Ration Card (Attach Card Copy) / राशन कार्ड (आपका कार्ड को साथ में चिह्नित करें)	Any Other Basis/Proof / अन्य कोई प्रमाण
---	--	--	---

"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE

सहायता हेतु निम्न कार्य निम्न का उद्देश्य

Sr. No. / क्र. सं.	Medical Reports/Prescriptions Attached / आयुर्वेद/चिकित्सा के प्रति की गई प्रमाणित प्रतीति
1)	DOV for Left Eye
2)	Cataract for Left Eye

ASSISTANCE BEING AWARDED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES

इस उद्देश्य के हेतु क्या अन्य सहायता मिली है अन्य स्रोत से प्राप्त रूप में?

Sr. No. / क्र. सं.	NAME of OTHER SOURCE / अन्य स्रोत का नाम	AMOUNT of ASSISTANCE BEING AWARDED / की गई सहायता राशि
1)	B.W.L.E.H	


 0196 Gaurindho Nayak
 0196 Gaurindho Nayak
 pro op post op

DECLARATION by APPLICANT: ☐ YES ☐ NO

- DECLARATION BY APPLICANT: **अर्थ: मैं यहाँ घोषणा करता हूँ**
- 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 प्रारूप में दिये गये सभी विवरण मेरी जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई झूठा बयान दूँ तो मेरी प्रार्थना पत्र को या सहायता को खारिज कर दिया जा सकता है।
 - 5) मैं यहाँ घोषणा करता हूँ कि मैं केवल "उद्देश्य" के लिए ही सहायता प्राप्त करूँगा, जो इस प्रारूप में बताया गया है।
 - 6) मैं यहाँ घोषणा करता हूँ कि मैं इस सहायता से किसी भी अन्य स्रोत/रोजगार/बीमा कंपनी से न तो सहायता ले रहा हूँ और न ही भविष्य में लेूँगा।

AGREEMENT by APPLICANT (attach per WFO)

- 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/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 reaching 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 उत्तर बताना या नहीं की बात सामना है, मैं (अर्शक) अपने नाम की छवि करता हूँ एवं "कोशिका फाउंडेशन और इसके भरोसी" को अधिकृत करता हूँ कि वे मेरा नाम, पता, चोटो और वो विवरण इस प्रश्न में शामिल हैं, जहाँ "कोशिका" द्वारा, भरोसी, पत्र, दायदारा दुने इत्यादि के दुनी सीटिफिकेट और एक्जामिनरों से उनके बिना ये उक्त सामन से प्रबलित करने से लिए अधिकृत है। ये प्रश्न का विवरण ये प्रश्न से पहले या बाद से करने से लिए "कोशिका फाउंडेशन" व भरोसी अधिकृत है।
- 2) मैं (अर्शक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, चोटो और विवरण जो कि सहायता से इच्छा है मुझे प्राप्त। साधन का समर्थन नहीं करता। इस संबंध में "कोशिका" द्वारा कभी भी निर्णय लेने और सम्भवती होना।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION:

अधिकतम १० प्रश्नों का संग्रह का निर्माण



AGREEMENT by HOSPITAL. (CROSS TO WH)

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

in the mail.

- [illegible]

- [illegible]

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE

ਕਲੀਕਾਤੀ ਖੇ. ਹਿੰਦੂ ਬੰਗਲਾ

Dr. Gayatri Krishna

2010

Date of Surgery
प्रत्येक की तारीख

अभिनेता की मर्ति

11/03/2013

DR. SHEETAL BALLAL
Consultant
SAC No. 56304
Dr. V. J. Sagar Speciality Eye Hospital
(Name of Dr. & Reg. No. with Stamp)
560 002

B.W. Lions Superspecialty Eye Hospital
No. 5, Lions Eye Hospital Road
Off. J.C. Road, New Delhi-110005
(Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory
on behalf of Hospital)
महाराज गंगाधर प्रसाद अग्रवाल

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION 2020年 2月 14日

SIGNATURE OF TRUSTEE 1
नाम: _____

म्यामी हस्तशिल्प

Exchanged

SIGNATURE of TRUSTEE 2

मार्ग १

icrb