

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE

सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)
(स्वास्थ्य देखभाल)

Koshika
foundation
Building block of life.

APPLICATION No. :

आवेदन संख्या :

B/10/7/0332

APPLICATION DATE :

आवेदन तिथि

10/10/2017

NAME of APPLICANT :

आवेदक का नाम

A. Ramaiah

AGE-YEARS आयु-वर्ष

55

SEX लिंग

M

FATHER'S/SPOUSE'S NAME :

पिता/कटुम्भ का नाम

muthyalu

PRESENT RESIDENCE ADDRESS वर्तमान आवासीय पता

Vagurakathijeravada, Doddipalli Grama

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS : स्थाई आवासीय पता

Piler Mandalam, Piler, Chittoor Dist Andhra Pradesh

OCCUPATION :

व्यवसाय

Labour

TOTAL ANNUAL INCOME :

कुल वार्षिक आय

45,000/-

MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)

(Attach Proof of Income)

(आय का साक्ष्य संलग्न)

PAN No. स्थाई करदाता संख्या

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

क्या आप आय कर दाता हैं (जो मान्य हो उस पर सही का निशान 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 के साथ सम्बंध
1	Anand	25	M	Son
2	Ganesh	18	M	Son

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

BPL Card (Attach Card Copy) गरीबी रेषा के नीचे प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें)	EWS Certificate (Attach Certificate Copy) अल्प आय वर्ग प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें)	Ration Card (Attach Copy) उपभोक्ता कार्ड (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें)	Any Other Basis/Proof अन्य कोई साक्ष्य
---	---	---	--

"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE:

सहायता हेतु किये गये विनती का उद्देश्य:

Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached अस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई प्रतिवेदन सूची संलग्न
	Doc for Left Eye
	LE - SICS + IOL

ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES

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

Sr. No. क्रम संख्या	NAME of OTHER SOURCE अन्य स्रोत का नाम	AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILED ली गई सहायता राशि
	B.W.L. G.H	



0332 0332
A. Ramaiah A. Ramaiah
pre op post op

DECLARATION by APPLICANT: आवेदक द्वारा घोषणा पत्र: _____
 The details in this Form are True to the best of my knowledge. Any false statement will render my Application & ongoing assistance, if any, null and void. _____
 इस फॉर्म में दी गई जानकारी मेरी जानकारी के अनुसार सत्य है। यदि कोई झूठा बयान होगा तो मेरी आवेदनपत्र और सहायता, यदि कोई हो, निरर्थक होगी। _____

- 3) मैं पुष्टि करता हूँ कि जिस संस्था का हेतु यह प्रार्थना की गई है, उस संस्था की जानकारी मैं सही है।
- AGREEMENT by APPLICANT (आवेदक द्वारा करण)
- (Applicant) hereby agree & authorise Koshika Foundation and it's Trustees to

AGREEMENT by APPLICANT (आवेदक द्वारा वाक्य)

- 1) इस प्रश्न पर अपने हस्ताक्षर या अंगूठे की छाप लगाकर, मैं (अवेदक) अपनी सहायता को पुष्टि करता हूँ एवं "कॉशिका फाउंडेशन और उसके न्यासीयों" को अधिकृत करता हूँ कि वे मेरा नाम, पता, फोटो और जो विवरण इस प्रश्न में पेश है, उसे "कॉशिका" समूह न्यासी, दान, सहायता या दूसरे उद्देश्य से जुड़ी गतिविधियों और उपलब्धियों के लिए किसी भी प्रकार सहायता प्रदान करने के लिये "कॉशिका फाउंडेशन" व न्यासी अधिकृत है।

- APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION

आवेदक के हस्ताक्षर या अंगुठी का निशान



AGREEMENT by HOSPITAL (क्या हाँ या नहीं)

By affixing hereunder, signature of our Authorized Signatory for recommending this compensation, (Hospital) hereby affirm & accept following:

- 1) यह कि न तो कोमिन और न ही अधिपति विधि सहायता किसी गैर साक्ष्यी सम्मान या किसी अन्य उपाय से उक्त टोपे-मामने में लेने या ले रहे हैं, जैसे कि हमने "कोमिका फाउन्डेशन" से सिफारिश/विधि उक्त के सम्बन्ध में "कोमिका फाउन्डेशन" द्वारा सहायता विधि अग्रिम/भक्त होने समुचित की किया जात है तो अन्ततः किसी अन्य गैर साक्ष्यी उपाय या किसी अन्य सम्मान से सहायता लेने का अधिकार शुद्धित रहता है। इस युधि में स्पष्ट कहा जाता है कि अन्ततः विधि यत्र उक्त टोपे-मामने होने किसी के साक्ष्यी उपाय या किसी अन्य साधन से नहीं लेगा/लेगी।

- RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE
स्थायी के लिए संस्तुति

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE
स्वीकृती के लिए संस्तुति

Date of Submission
अर्पण की तारीख

11/10/2017

(Name of Dr. & Regn. No. with Stamp)

डाक्टर का नाम व इम्प्रीस व एडि. नं.

(Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory)

on behalf of Hospital

"We're Not Just a Game, We're a Way of Life"

नाम व उ० अक्षरानुसारित क्रमांक

Off: J.C. Road, bangalore - 560 001

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION

SIGNATURE of TRUSTEE 1

अध्यायः दशमोऽथ

SIGNATURE of TRUSTEE 2

न्यासी इत्यादि २

11.04.2017