

C18/12/0182

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE (Healthcare)		Koshika foundation Building Block of Life	
APPLICATION No. : आवेदन संख्या :	V/1218/0901	APPLICATION DATE : आवेदन तिथि	10/12/08
NAME of APPLICANT : आवेदक का नाम	Foot Vati	AGE-YEARS आयु-वर्ष	53
FATHER'S/SPOUSE'S NAME : पिता/पति का नाम	D/o - Sarinam	SEX लिंग	F
PRESENT RESIDENCE ADDRESS : वर्तमान आवासीय पता			
Valluppi - Thiruv Thiruv - Agal, D.P., 283201			
PERMANENT RESIDENCE ADDRESS : स्थायी आवासीय पता			
Same as above			
OCCUPATION : व्यवसाय	House Wife	MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)	
TOTAL ANNUAL INCOME : कुल वार्षिक आय	NA	(Attach Proof of Income) (आय का साक्ष्य संलग्न) NA	
PAN No. स्थायी खाता संख्या			
ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable): क्या आप आय कर दाता हैं (को यांचेक हो उमे या नही का निशान लगावे)			
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
1	Dhathu Ram	59	M
2	Pappu	39	M
3	Vijay	39	M
4	Veempal	33	M
BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable) सहायता के लिए निम्नलिखित आधार			
SPL Card (Attach Card Copy) एस्प्ले कार्ड का नौपे प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की प्रतिलिपि संलग्न करें)	EWB Certificate (Attach Certificate Copy) आय आय का प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की प्रतिलिपि संलग्न करें)	Ration Card (Attach Copy) उपभोग्य कार्ड (प्रमाण पत्र की प्रतिलिपि संलग्न करें)	Any Other Basis/Proof अन्य कोई प्रमाण
"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE: सहायता हेतु किसे मने निम्नलिखित का उद्देश्य:			
Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached अस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई प्रतिलिपि सूची संलग्न		
	RE - TMAC		
	LE - TMAC		
	Surgery - (LE) SIC3 + IOL		
ASSISTANCE BEING AVAILED by SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES इस उद्देश्य के हेतु कोई अन्य सहायता किसी अन्य स्रोत से प्राप्त पाया जा रहा है?			
Sr. No. क्रम संख्या	NAME of OTHER SOURCE अन्य स्रोत का नाम	AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILED सी गई सहायता राशि	
1	SEEM		

DECLARATION by APPLICANT: none to give to:

- 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, 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.
- 1) मैं यहाँ पर कबल ही कि इस प्रमाण पत्र में लिखे गये सभी विवरण सही जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई विवरण एवं/या मद प्रमाण पत्र गलत है तो मेरी जानकारी गलत हो जा सकती है।
- 2) मैं इससे जो सहायता प्राप्त "उद्देश्य" के लिए कर रही हूँ, उसका उपयोग उसी उद्देश्य को पूर्ण करने के लिए किया जाएगा, जो इस प्रमाण पत्र में मांग गया है।
- 3) मैं यहाँ पर कबल ही कि जिस सहायता मुझे यह प्रमाण पत्र की वजह से, उस सहायता का कोई भी या समस्त विवरण किसी अन्य स्रोत/रोजगार/बीमा कम्पनी से न ले लिया है और न ही भविष्य में लूँगा।

AGREEMENT by APPLICANT (above the line)

- 1) By affixing my signature or thumb impression on this Form, I (Applicant) hereby agree & authorize 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 प्रश्न पर अपने उत्तरों को नीचे की ओर लिखें, मैं (आवेदक) अपनी छापों की पुष्टि करता हूँ कि "कोशिका फाउंडेशन और उसके न्यासीयों" को अधिकृत करता हूँ कि वे मेरा नाम, पता, फोटो और वे बिना किसी प्रकार में भीकाई हैं, इसे "कोशिका" द्वारा जारी, दान, सहायता प्राप्त करने के लिए लोकप्रियता और जानकारी के लिए किसी भी माध्यम से प्रसारित करने के लिए अधिकृत है। मैं उस का विचार नहीं करता कि उनके पास या बाद में करीब में निम्न "कोशिका फाउंडेशन" व न्यासीयों के लिए है।
- 2) मैं (आवेदक) इस बात से सहमत हूँ कि यदि नाम, पता, फोटो और विवरण को बिना किसी भी प्रकार के अधिकार के प्रसारित किया जा सकता है। इस संबंध में "कोशिका" द्वारा उसके न्यासीयों का निर्णय अंतिम और अप्रत्यक्ष होगा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION

analysis of variance to determine effects.



AGREEMENT by HOSPITAL (SECTION OF 571)

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

हमारे अतिथि, हमारे साथी को और वे हमारे साथी को "बोसिफ गायबोस" के विभिन्न प्रकार के विचारों को जानें हैं, जिन्हें हम (हमारे) गिन प्रकाश के साथ वे साथ में भीतर करते हैं।

- (1) यह कि न तो संविधान और न ही परिवर्तन में विभिन्न संस्थाओं किसी भी प्रकार की संस्था या किसी अन्य संस्था से उच्च एंटी-कॉर्रप्शन में से। यह कि इन "अंतरिक्ष पर्यावरण" में विभिन्न संस्थाओं द्वारा की जायेगी। यह कि "अंतरिक्ष पर्यावरण" द्वारा गठित है कि है। यह "अंतरिक्ष पर्यावरण" द्वारा संस्थाओं किसी अंतरिक्ष पर्यावरण है। संस्था नहीं किया गया है तो संस्थाओं किसी अन्य भी संस्थाओं संस्था या किसी अन्य संस्थाओं से संस्थाओं से। यह संस्था में संस्था संस्था है कि संस्थाओं द्वारा गठित है। संस्थाओं है कि संस्थाओं संस्था या किसी अन्य संस्था से नहीं संस्थाओं।

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE

सर्वीयकारी के लिए संभव संभवति

Dr. Ashwini Kurbav

MBBS, MS, FICO

Reg. No. 66020

FACTORS

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

[illegible]

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

नाम : पद :

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION भारतीय अर्थशास्त्र

SIGNATURE of TRUSTEE 1

Figure 1

Exempel

SIGNATURE of TRUSTEE 2

पृष्ठ संख्या २

Sc 28