

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE  
सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)  
(स्वास्थ्य देखभाल)

APPLICATION No.: 0394 | 0394  
आवेदन संख्या :

APPLICATION DATE: 14/8/19  
आवेदन दिनी

NAME of APPLICANT: Chandramma G  
आवेदक का नाम

AGE-YEARS आयु-वर्ष | SEX लिंग  
49 F

FATHER'S/SPOUSE'S NAME: Krishniah  
पिता/स्पouse का नाम

PRESENT RESIDENCE ADDRESS: कामन आवासीय पता

Kothapally village, Doddapally gramam,

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS: स्थाई आवासीय पता

Piler, Chittoor Dist, Andhra Pradesh

OCCUPATION:  
जबरदस्ती

House wife

MARRIED (मिश्रित) / UNMARRIED (अविवाहित)

TOTAL ANNUAL INCOME:  
कुल वार्षिक आय

40,000/- [Family Income]

(Attach Proof of Income)  
(आय का सत्य संतान)

PAN No. स्थाई स्थान संख्या

ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSSEE (Tick whichever is applicable):  
क्या आप आय जर दाता है (जो मास्य हो उस पर मही का नियाम लगाये)

Yes /   
हाँ / नहीं

FAMILY DETAILS परिवार विवरण

Sr. No. क्रम संख्या	Name of Family Member परिवार के सदस्य का नाम	Age (Years) उम्र (वर्ष)	Gender लिंग	Relation with Applicant आवेदक के साथ सम्बन्ध
1	Binnalli	25	f	Daughter
2	Vani	23	f	daughter
3	Sudarshan	20	m	Son
4	Mayjala	18	f	daughter

BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable)  
महायता के लिये मिश्रि आवार

EPL Card (Attach Card Copy) गरीबी रेखा के नीचे प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की छापा प्रति संतान करें)	EWS Certificate (Attach Certificate Copy) अल्प आम बर्ग प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की छापा प्रति संतान करें)	Ration Card (Attach Copy) उपभोक्ता कार्ड (प्रमाण पत्र की छापा प्रति संतान करें)	Any Other Basis/Proof अन्य कोई साथ
--	--	--	--

"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE:

सहायता हेतु किये गए दिनही का उद्देश्य:

Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached अस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई ड्रिफिएट सूची संतान
	10V
	Left Eye
	OTC + 10L

ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES  
इस उद्देश्य के हेतु कोई अन्य सहायता किसी अन्य स्रोत से लिया गया हो?

Sr. No. क्रम संख्या	NAME of OTHER SOURCE अन्य स्रोत का नाम	AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILED स्तरी गई सहायता राशी
	Blwch	

**Koshika**  
foundation

Building block of life



0394 0394  
Chandramma Chandramma  
G Post. op

## DECLARATION by APPLICANT: आवेदक द्वारा घोरना चाहे:

- 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.

- 1) मैं घोरना करता हूँ कि इस प्राप्ति में दिये गये सभी विवरण मेरी जानकारी के अनुसार सबूत हैं। यदि कोई विवरण एवं काला अलाप पाया जाता है तो मेरी सहायता निम्न की तरफ भरती है।
- 2) मैं द्वारा ज्ञात रही "कोशिका फाउंडेशन", से तो जा ची है, उसका उपर्युक्त नाम उद्देश्य की पूर्ति के लिये लिखा जाएगा, जो इस प्राप्ति में प्रयोग गया है।
- 3) मैं पूरी करता हूँ कि विस सहायता देतु यह प्राप्ति की गई है, उस रूपी तरीका अधिकार या सहायता हित किसी अन्य द्वारा/नियोनेशनलीन कम्पनी से न हो दिया है और न ही घोरना में सूची।

## AGREEMENT by APPLICANT (आवेदक द्वारा कराया)

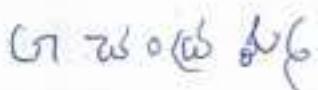
1) By affixing my signature or thumb impression on this Form, I (Applicant) hereby agree & authorise Koshika Foundation and its Trustees to use/publish/put-up/reproduce my name, address, photo & details of the "purpose", for which such assistance is requested/granted, through any medium, including but not limited to verbal, print, electronic, for soliciting donations for Koshika Foundation and/or disseminating information about its 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 प्रत्यक्ष चर्चा अपने हस्ताक्षर या अंगूठे की छाप सहायता, मैं (आवेदक) अपनी सहायता की पूरी काला हूँ एवं "कोशिका फाउंडेशन और उसके स्वामीयों" को अधिकृत करता हूँ कि मेरा नाम, जन्म, फोटो और जीवन का विवरण इस प्राप्ति में प्रयोग है, उसे "कोशिका" एवं ज्ञानी, दान, याकूबापा दूसरे नामों से जुड़ी गतिविधियों और उपलब्धियों के लिये लिखी भी प्राप्त सहायता से प्राप्ति करने के लिए अधिकृत है। मेरे प्रत्यक्ष का विवरण मेरे हस्ताक्षर के पासे या बाद में करने के लिए "कोशिका फाउंडेशन" का ज्ञानी अधिकृत है।
- 2) मैं (आवेदक) इस बात से सहायता हूँ कि मेरा नाम, जन्म, फोटो और विवरण, जो कि सहायता के उद्देश्यों से जुड़ी है, मुझे स्वतः सहायता का हक्क नहीं बनता। इस सम्बंध में "कोशिका" एवं उसके स्वामीयों का विनायक अंतिम और वापसीकरणीय होगा।

## APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION :

आवेदक द्वारा हस्ताक्षर या अंगूठे का विवरण



## AGREEMENT by HOSPITAL (हस्पताल द्वारा कराया)

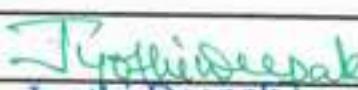
By affixing hereunder, signature of our Authorised Signatory for recommending this case/patient for financial assistance from Koshika Foundation, we (Hospital) hereby affirm & accept following:

- 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 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.

इनको अधिकृत, हस्ताक्षरी की ओर से साथें/एवं जीवन को "कोशिका फाउंडेशन" से विनायक सहायता देतु लिखती है की जाती है, जिसे हम (हस्पताल) निम्न प्रकार से मान्य व स्वीकृत करते हैं।

- 1) यह कि न ही व्यक्तिगत और न ही भवित्व में विनियम सहायता किसी भी सरकारी संस्थान या किसी अन्य स्वेच्छा से उक्त सेवा/यात्राएँ में होने वा ले देने हैं, जैसे कि हमने "कोशिका फाउंडेशन" से विनायक/विनियम उक्त के सम्बन्ध में "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा प्रदान होता है। यदि "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा सहायता विनियम अधिकार/सकल होता जाता है तो अस्पताल किसी अन्य और सरकारी संस्था या किसी अन्य समाजिक सेवा का अधिकार तुष्टित रखता है। इस पूरी में स्वप्न कहा जाता है कि अस्पताल द्वितीय मरण उक्त सेवा/यात्राएँ होता है किसी और सरकारी संस्था का विनायक अन्य स्वयंपर में नहीं संलग्न होगी।

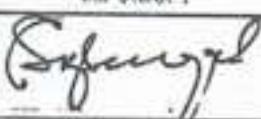
2. "कोशिका फाउंडेशन" से सभी गई सहायता कोइता विनियम प्रकृति की है। एवं यह हस्पताल द्वारा यही गई सहायता या किसी अन्य उपचारकिया का चुनाव देनी एवं हस्पताल के द्वारा कोइता विनियम है और "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई दबाव नहीं है। हस्पताल में गंभीर के हालात सुधार और अपने जाने की साथी विवरणों द्वारी एवं हस्पताल को होने वाली "कोशिका" की कोई शूमिका या विम्बेदारी इस प्राप्ति में नहीं होती।

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE  
स्वीकृती के लिए संमति  
**Jyothi Deepak**

Administrator

(Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory  
No. 5, Lion bazaar, Road  
Off. J. B. R. Hospital, Mysore, India 570 002

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION जानकारीका उपयोग है।

SIGNATURE of TRUSTEE 1  
ज्ञानी हस्ताक्षर 1SIGNATURE of TRUSTEE 2  
ज्ञानी हस्ताक्षर 2