

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE (सहायता हेतु आवेदन प्रारूप)		(Healthcare) (स्वास्थ्य देखभाल)		 Koshika foundation Building blocks of life	
APPLICATION No.: आवेदन संख्या		APPLICATION DATE: आवेदन तिथि			
NAME of APPLICANT: आवेदक का नाम		AGE-YEARS: वय-वर्ष		SEX: लिंग	
FATHER/SPOUSE'S NAME: पिता/सहोदर का नाम					
PRESENT RESIDENCE ADDRESS: वर्तमान निवास पता					
PERMANENT RESIDENCE ADDRESS: स्थायी निवास पता					
OCCUPATION: व्यवसाय					
TOTAL ANNUAL INCOME: वार्षिक आय					
PAN No. रसायन संख्या					
IF YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable): यदि आप आय कर दाता हैं (जो राज्य हो उस पर चेक करें):					
YES / हाँ / ☒ / NO / 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 संबंध	
1	Parvatha Begum	65	F	Wife	
BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable) आवेदन के लिए किसी आधार					
☒ BPL Card (Attach Card Copy) पीबी रेखा के साथ प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की प्रतिलिपि संलग्न करें)		☐ EWS Certificate (Attach Certificate Copy) आय वर्ग की प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की प्रतिलिपि संलग्न करें)		☐ Aardhan Card (Attach Card Copy) आय वर्ग की प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की प्रतिलिपि संलग्न करें)	
☐ Any Other Basis/Proof अन्य कोई प्रमाण					
"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE: सहायता हेतु किसे पत्र लिखी का उद्देश्य:					
Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached रोगरहित/प्रीतिपत्र से जुड़ी की गई प्रमाणपत्र संलग्न				
1	Diagnosis: RL cataract				
2	Surgeon: LE - cataract + ptol				
ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES इस उद्देश्य के हेतु कोई अन्य सहायता किसे अन्य स्रोत से प्राप्त पत्र हो?					
Sr. No. क्रम संख्या	NAME of OTHER SOURCE अन्य स्रोत का नाम			AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILED यह पत्र सहायता पत्र	

DECLARATION by APPLICANT: NONE BUT NONE YR

- 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 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 स्पष्ट करता हूँ कि इस प्रमाण पत्र में दिये गये सभी विवरण सही जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई विवरण गलत अथवा असत्य पाया जाता है तो पूरी सहायता निरास हो या खसती है।
- 2) मैं दृढ़ता से स्वीकारता हूँ कि "कोशिका फाउन्डेशन", से जो भी राशि मिले, उसका उपयोग उसी उद्देश्य की पूर्ति के लिये किया जाएगा, जो इस प्रमाण पत्र में बतलाया गया है।
- 3) मैं यहाँ स्पष्ट करता हूँ कि मैं इस सहायता से न तो वापसी करूँगा और न ही, उसे यहाँ जो अधिक राशि मिले, किसी किसी अन्य स्रोत/एम्प्लॉयर/इन्सुरेंस कंपनी से न तो मिलाने की कोशिश करूँगा और न ही वापस करूँगा।

AGREEMENT BY APPLICANT (continued)

- 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/print/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 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 प्रकार का अपने हस्ताक्षर या अंगुली छाप लगाकर, मैं (आवेदक) यहाँ पर सहमत हो रहा हूँ कि "कोशिका फाउंडेशन और इसके ट्रस्टियों" को अधिकृत करता हूँ कि वे मेरा नाम, पता, फोटो और वो विवरण इस प्रकार में प्रकाशित करें, जैसे "कोशिका" धन्य पात्रों, दान, वसुधादान इत्यादि अर्थोपार्जन में मुझे प्रोत्साहित करने और जानकारी को दिले किसी भी प्रकार मध्यम से प्रकाशित करने को लिए अधिकृत है। वो इसका का विवरण भी इसका को पहले या बाद में करने को लिए "कोशिका फाउंडेशन" से प्रार्थना अधिकृत है।
- 2) मैं (आवेदक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण को कि आधार को अर्थोपार्जन में प्रकाशित है मुझे नहीं; वसुधादान का उपकरण भी करता। इस सम्बन्ध में, "कोशिका" धन्य पात्रों-प्रार्थना का निर्णय अंतिम और बाध्यकारी होगा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION

amplificarea și păstrarea în timp a informației



AGREEMENT by HOSPITAL. (WISCONSIN 2111 10/00)

By affixing hereunder, signature of our Authorized Signatory for recommending this case/patient for financial assistance from Kishika 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 it's right to make up the shortfall from another NGO or any other source. This confirmation expressly 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 अधिनियम और न ही अधिका में किसी समुदाय किसी कि आबादी संभवतः या किसी अन्य वर्गों से उच्च ऐंटीपासलों में लगे या ले रहे हैं, जैसे कि अपने "बोडिंगा पारामेटेरा" के विपरीत/विपरीत उच्च में समक में "बोडिंगा पारामेटेरा" द्वारा पार देनु कि है। यदि "बोडिंगा पारामेटेरा" द्वारा समक में ही अधिका/समक हेतु समुदाय नहीं चित्त बात है तो समक में किसी अन्य कि आबादी संभवतः या किसी अन्य समक में समक लेने का अधिका सुविधा रहता है। इस दृष्टि में अन्य बात बात है कि समक में ही पार उच्च ऐंटीपासलों हेतु किसी कि आबादी संभवतः या किसी अन्य समक में लगे लोपासी।
2. "बोडिंगा पारामेटेरा" में लगे यह समक संभव कि कि प्रकृति की है। लगे या समक द्वारा ही यह समक या किने लगे उपकार/किना का मुक्त ऐंटी एवं समक में ही का किने लगे ही "बोडिंगा पारामेटेरा" द्वारा किसी उच्च का लगे समक नहीं है। इसीसे समक में ऐंटी में समक समक और जने जने की जने विपरीत ऐंटी एवं समक की लगे और "बोडिंगा" की कोई सुविधा या विपरीत इस समक में लगे लगे।

RECOMMENDED FOR ACCEPTENCE

Leads to the loss of strength

Mr. LAKSHMIPATHI N

Senior Manager

OUTREACH BANGALORE

DIABETES & EYE HOSPITAL

(Name, Designation & Stamp of Hospital Signatory)
(A unit of Shroddha Eye Care Trust)

Vasanthakumari, R. (2007). *Gender and the State in India: A Study of the Women's Movement*. New Delhi: Sage Publications.

THE JOURNAL OF

Date of Surgery

संस्कृत-संस्कृत

16/9/25

Dr. FREETH, B.K.

4.00E+00, 5.00E+00

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

उत्पत्ति का रूप है प्रकृतिक तत्त्व

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION

संशोधन प्रमाणिका

SIGNATURE OF TRUSTEE _____

सर्वोपयोगी

Exempel

SIGNATURE OF TRUSTEE 5

www.pearsoned.co.uk

2128