

## APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE

सहायता हेतु आवेदन फार्म

(Healthcare)

(स्वास्थ्य देखभाल)



Koshika  
foundation  
Building block of life

APPLICATION No.:  
आवेदन संख्या:

B/0925/1994

APPLICATION DATE:  
आवेदन तिथि

26/9/25

NAME of APPLICANT:  
आवेदक का नाम

Sujatha

AGE-YEARS आयु-वर्ष

55

SEX लिंग

F

FATHER'S/SPOUSE'S NAME:  
पिता/पत्नी का नाम

Allo Sharanha

PRESENT RESIDENCE ADDRESS: वर्तमान निवास का पता

Channapeta Nagamangala (H)

mandya (H) Kallakata

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS: स्थायी निवास का पता

e



pre op - post op  
1994 - Sujatha

OCCUPATION:

व्यवसाय

Home maker

MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)

TOTAL ANNUAL INCOME:

कुल वार्षिक आय

(Attach Proof of Income)

(आय का प्रमाण प्रस्तुत करें)

PAN No. (यदि प्राप्त हो तो)

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

क्या आप आय कर कादाता हैं? (जो मान्य हो उस पर चिह्न लगाएं)

Yes / हाँ

No / नहीं

## FAMILY DETAILS: परिवार विवरण

| Sr. No.<br>क्रम संख्या | Name of Family Member<br>परिवार के सदस्य का नाम | Age (Years)<br>उम्र (वर्ष) | Gender<br>लिंग | Relation with Applicant<br>आवेदक से संबंध |
|------------------------|-------------------------------------------------|----------------------------|----------------|-------------------------------------------|
| 1                      | Shivaramu                                       | 20                         | m              | husband                                   |
|                        |                                                 |                            |                |                                           |
|                        |                                                 |                            |                |                                           |
|                        |                                                 |                            |                |                                           |
|                        |                                                 |                            |                |                                           |
|                        |                                                 |                            |                |                                           |
|                        |                                                 |                            |                |                                           |
|                        |                                                 |                            |                |                                           |

BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable)

सहायता के लिए किसी आधार

|                                                                                                          |                                                                                                               |                                                                                               |                                           |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------|
| BPL Card<br>(Attach Card Copy)<br>बीपीएल कार्ड का प्रमाण पत्र<br>(प्रमाण पत्र की एक प्रती प्रस्तुत करें) | EWS Certificate<br>(Attach Certificate Copy)<br>एएस का प्रमाण पत्र<br>(प्रमाण पत्र की एक प्रती प्रस्तुत करें) | Ration Card<br>(Attach Copy)<br>आपूर्तिकर्ता कार्ड<br>(प्रमाण पत्र की एक प्रती प्रस्तुत करें) | Any Other<br>Basis/Proof<br>अन्य कोई आधार |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------|

"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE:

सहायता हेतु किसे एवं किससे का उद्देश्य:

| Sr. No.<br>क्रम संख्या | Medical Reports/Prescriptions Attached<br>अनुसंधान/प्रीस्क्रिप्शन से चर्चा की गई डॉक्टरों की सूची प्रस्तुत करें |
|------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 1                      | Diagnosis - Rt cataract<br>Lt cataract                                                                          |
| 2                      | Surgery - Rt cataract + p. op                                                                                   |

ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES

इस उद्देश्य के हेतु कोई अन्य सहायता किसी अन्य स्रोत से लिया गया है?

| Sr. No.<br>क्रम संख्या | NAME of OTHER SOURCE<br>अन्य स्रोत का नाम | AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILED<br>सी गई सहायता राशि |
|------------------------|-------------------------------------------|---------------------------------------------------------|
|                        |                                           |                                                         |
|                        |                                           |                                                         |
|                        |                                           |                                                         |
|                        |                                           |                                                         |

DECLARATION by APPLICANT: ☐ मी/मीने ही सेवा देणे नव्हे.

- 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 यथार्थ बता रहा हूँ कि इस प्रश्न में दिए गये सभी विवरण मेरी जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई विवरण गलत कथन प्रमाण पाया जाता है तो मेरी सहायता निरस्त की जा सकती है।
- 2) मैं इस से सहायता प्राप्त "कौशलिक उपाययोजना", के लिये जा रही हूँ, इसका उपयोग सही उद्देश्य को पूर्ण करने के लिये किए जायेगा, जो इस प्रश्न में माग गया है।
- 3) मैं यहाँ बता रहा हूँ कि इस सहायता हेतु मैं शर्तिका की नहीं हूँ, इस लिये कि वह अधिक या समकाल कितना किसी अन्य स्रोत/नियोक्ता/बीमा कम्पनी से या से लिया है और न ही भविष्य में लूँगा।

## AGREEMENT by APPLICANT (SEE PAGE 1001)

- 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-upreproduce 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 द्वारा मैं अपने हस्ताक्षर या अंगुली छाप प्रदान कर रहा हूँ कि मैं "कोशिका फाउंडेशन और उसके त्रस्टियों" को अधिकृत करता हूँ कि वे मेरा नाम, पता, चोटों और जो विभाग इस प्रकार से संघिक है, उसे "कोशिका" द्वारा जारी, एम. वनवन्तन द्वारा इंटरनेट में मुझे पोसिबिलीटी और इन्फार्मेशन के लिए किसी भी प्रकार माध्यम से प्रस्तुति करने के लिए अधिकृत है। मैं इस का विभाग को इनका कोई फायदा न हो जाने के कारण से निम्न "कोशिका फाउंडेशन" में जारी अधिकृत है।
- 2) मैं (अर्पितक) इस बात से सहमत हूँ कि वेद पर, नाम, चोटों और विभाग को कि सहायता के उपरोक्त में प्रेषित है पूर्णतः कला: साधना का इच्छा नहीं करता। इस मामले में "कोशिका" द्वारा उपायों जारी रखे जा सकते हैं और समाधान होना:

## APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION

आरक्षण के इलाक़ा या ज़िले का विवरण



AGREEMENT by HOSPITAL (WFOH 011 800)

By affixing hereunder, signature of our Authorized 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 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 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.

इससे अधिकतर, इन्टरनेट की जगह से सम्बन्धित की "डिजिटल प्रवाह" से विभिन्न समाचार से विचारों की जाती है, जिसे हम (इन्टरनेट) जिन प्रकार से मान्य व अविश्वसनीय है।

- 1) यह कि न तो संस्था और न ही अधिकार में किसी संस्था के किसी अन्य व्यक्ति में उक्त ऐतिहासिक में होने या होने है, जैसे कि इन "कोलिका पायनेटोस" में निवर्तित/निवृत्त उक्त के संस्था में "कोलिका पायनेटोस" प्राप्त प्राप्त हो कि है। यदि "कोलिका पायनेटोस" प्राप्त संस्था किसी व्यक्ति/व्यक्तियों से प्राप्त हो कि है तो संस्था के किसी अन्य भी संस्था के किसी अन्य संस्था में प्राप्त होने का अधिकार सुरक्षित रहता है। इस दृष्टि में स्पष्ट कहा जाता है कि संस्था द्वारा प्राप्त उक्त ऐतिहासिक से किसी भी संस्था के किसी अन्य संस्था में नहीं लेना/लेनी।
2. "कोलिका पायनेटोस" में तो यह संस्था केवल व्यक्ति को है। ऐसे का इस्तेमाल इस से यह संस्था या किसी भी उपयोग/प्रतिष्ठा का प्रयोग नहीं हो सकता।
3. यदि का प्रयोग है तो "कोलिका पायनेटोस" प्राप्त किसी उक्त का कोई प्रयोग नहीं है। इसीसे संस्था में ऐसे के प्रयोग प्रमुख और जाने जाने की संस्था के किसी भी व्यक्ति को नहीं होनी।
4. "कोलिका" की कोई अधिकार या किसी/किसी इस मामले में नहीं होगी।

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE  
 5/10/2011 at 11:12 AM

Mr LAKSHMIPATHI N  
Senior Manager

**OUTREACH BANGALORE**

DIABETES & EYE HOSPITAL

**DIABETES & EYE HOSPITAL**

(A unit of Shearman & Sterling Ever-Save Trust)

Magalhães, J. B. 1990. 52

Date of Surgery  
जोपरेशन को करीग

26/9/25

DR. PRINETHL B.S.  
W233.00, F100, FPOB  
(Name of Dr. & Regn. No. with Stamp)

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION

अध्यक्ष: प्रत्यक्ष प्रश्न

SIGNATURE of TRUSTEE 1  
[Signature]

Exempel

SIGNATURE of TRUSTEE 2  
न्यायी इम्तियाज २

2020