

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE सहायता हेतु आवेदन प्रारूप		(Healthcare) (स्वास्थ्य देखभाल)		 Building block of life.	
APPLICATION No.: आवेदन संख्या: 8/0625/0739		APPLICATION DATE: आवेदन तिथि 8/6/25			
NAME of APPLICANT: आवेदक का नाम Chikkathayamma		AGE-YEARS आयु वर्ष 56		SEX लिंग F	
FATHER'S/SPOUSE'S NAME: पिता/सहोदर का नाम s/o Ramantha		PRESENT RESIDENCE ADDRESS वर्तमान आवासीय पता Amrutha Kunigal (A) Tambur (C) Kallalath			
		PERMANENT RESIDENCE ADDRESS: स्थायी आवासीय पता			
OCCUPATION: व्यवसाय home maker		MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)			
TOTAL ANNUAL INCOME: कुल वार्षिक आय		(Attach Proof of Income) (आय का साक्ष्य संलग्न)			
PAN No. स्थायी खाता संख्या					
ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable): क्या आप आय कर दाता हैं (जो मान्य हो उस पर सही को 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 संबंध	
1	Ramantha	66	m	Husband	
BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable) सहायता के लिये विवृति आधार					
☒ BPL Card (Attach Card Copy) यूबीपी कार्ड के साथ 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) उपभोग्य कार्ड (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें)	
☒ Any Other Basis/Proof अन्य कोई साक्ष्य					
"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE: सहायता हेतु किये गये विवृति का उद्देश्य:					
Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached अस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई प्रतिवेदन सूची संलग्न				
1	Diagnosis :- Rb - cataract Lb - cataract				
2	Surgery :- Lb - cataract + p.c.d				
ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES इस उद्देश्य को 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 ली गई सहायता राशी		
1	DBCS		2000/-		

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.

- 1) मैं घोषणा करता हूँ कि इस प्रारूप में दिये गये सभी विवरण मेरी जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई विवरण एवं कथन असत्य पाया जाता है तो मेरी धारागत जिम्मेदारी का सम्बन्ध है।
- 2) मेरे द्वारा जो स्थापना उचित "कोशिका फाउंडेशन", से ली जा रही है, उसका उपयोग उसके उद्देश्य की पूर्ति के निमित्त किया जाएगा, जो इस प्रारूप में बता गया है।
- 3) मैं पुष्टि करता हूँ कि जिस स्थापना हेतु यह आवेदन पत्र माँदा है, उस दृष्टि का आर्थिक या समस्त हिस्सा किसी अन्य धोखा/परिवर्तन/वीर्य कल्पने से न ले लिया है और न ही भविष्य में लेंगा।

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 fulfillment of the "purpose" for which assistance is being requested.

1) इस प्रश्न का जवाब हमेशाया या जगदीश की ज्ञान संग्रहालय, मैं (आनंदरक) अपनी सभ्यता की पुष्टि करता हूँ एवं "कोशिका कार्डेसन और उसके ज्योतीष" को अधिकृत करता हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण इस प्रश्न में घोषित है, उसे "कोशिका" एवम् ज्योतीष, धर्म, साधना/पुनर् जन्म से जुड़ी गतिविधियों और उपलब्धियों के लिये किसी भी प्रकार साधन से प्रवर्धित करने से लिए अधिकृत है। मेरे प्रश्न का निवारण मेरे इलाक के पहले या बाद में करने से लिए "कोशिका कार्डेसन" व ज्योतीष अधिकृत है।

2) मैं (आनंदरक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण को कि सहायता के उद्देश्यों से प्रार्थित है मुझे स्वतः, सहायता का हवाला नहीं करता। इन सम्बंध में "कोशिका" एवम् उसके ज्योतीषों का विशेष अधिकार और साधनकारी होगा।

अध्यापक जी द्वारा प्रारंभ की गई थी।



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:

- इससे अधिकतर, इसकाफ़ी को जोड़ से प्यारसे-प्यारसे को "कॉलेज कास्टमैडम" के विविध लक्षणों से सिद्धांत की जाती है, जिसे हम (इसकाफ़ी) विभिन्न प्रकार से प्यार से संबोधित करते हैं।

2. "कोशिका काउन्टडाउन" से भी यह सहायता कंपनी विविध प्रकृति की है। ऐसी पर हममतल द्वारा दी गई सलाह या किसी अन्य उपचार/प्रक्रिया का सुझाव देती एवं हममतल से बीच का विषय है और "कोशिका काउन्टडाउन" द्वारा किसी प्रकार का कोई दायता नहीं है। इसलिए हममतल से ऐसी कं इलाक सुझा और जाने जाने को सारी जिम्मेदारी ऐसी एवं हममतल की होती और "कोशिका" की कोई पुष्टिका या जिम्मेदारी इस मामले में नहीं होती।

Mr. LAKSHMIPATHI IV

OUTREACH BANGALORE

(A unit of **Shri Eye Care Trust**)

Varadachari, Sr. Bangalore 50

सोपानों की संख्या

Vasanthanagar Bandiera-52

KMC No-97567

अथवा ॥

ज्यामी इन्सावा २