

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE सहायता हेतु आवेदन प्रारूप		(Healthcare) (स्वास्थ्य देखभाल)		 Koshika Foundation Building Hope of life	
APPLICATION No. : आवेदन संख्या :		T3/0925/1813		APPLICATION DATE : आवेदन तिथि : 12/9/25	
NAME of APPLICANT : आवेदक का नाम		Annaiah		AGE-YEARS : वर्ष	SEX : लिंग
		80		F	
FATHER/SPOUSE'S NAME : पिता/पत्नी का नाम					
Gundalaiah					
PRESENT RESIDENCE ADDRESS : वर्तमान निवास पता					
Hosuralli, T. J. S. Nagar, Kumbhari					
PERMANENT RESIDENCE ADDRESS : स्थायी निवास पता					
OCCUPATION : व्यवसाय					
Homemaker					
TOTAL ANNUAL INCOME : कुल वार्षिक आय				MARIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)	
				(Attach Proof of Income) (आय का प्रमाण प्रस्तुत करें)	
PAN No. : पैन संख्या					
ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable): क्या आप आय करदाता हैं? (को सत्य हो उस पर चिह्न 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 से संबंध	
1-	Hanumaiah	~70	M	Son	
BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable) सहायता के लिए दिवशी कारण					
BPL Card (Attach Card Copy) गरीबी रिकार्ड की प्रमाण प्रत (प्रमाण पत्र की प्रत जोड़ें)		EWS Certificate (Attach Certificate Copy) आय आय वर्ग प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की प्रत जोड़ें)		Ration Card (Attach Copy) आवश्यकता कार्ड (प्रमाण पत्र की प्रत जोड़ें)	
				Any Other Basis/Proof अन्य कोई प्रमाण	
"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE: सहायता हेतु दिवशी कारण का उद्देश्य:					
Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached अस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई प्रमाणित प्रतें				
1-	Diagnosis TRC - Cataract LE - Cataract				
2-	Surgery TRC - Cat + PCOL				
ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES इस उद्देश्य के हेतु कोई अन्य सहायता किसी अन्य स्रोत से ली जा रही है?					
Sr. No. क्रम संख्या	NAME of OTHER SOURCE अन्य स्रोत का नाम			AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILED कोई राशि सहायता नहीं	

DECLARATION by APPLICANT: NONE TO STATE.

- DECLARATION by APPLICANT: **अर्थात्** **प्रमाण पत्र:**
- 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 Kirtika 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 प्रमाण दे रहा हूँ कि इस प्रमाण पत्र में दिए गए सभी विवरण सही जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई विवरण गलत प्रमाण प्रदाता द्वारा है तो मेरी आवेदन पत्र को खारिज कर दिया जा सकता है।
- 2) मैं यहाँ प्रमाण दे रहा हूँ कि "Kirtika Foundation" से मिली मदद केवल उसी उद्देश्य के लिए ही प्रयोग की जाएगी, जो इस प्रमाण पत्र में बताया गया है।
- 3) मैं यहाँ प्रमाण दे रहा हूँ कि मैंने या भविष्य में किसी भी अन्य स्रोत/एम्प्लॉयर/इन्सुरेंस कंपनी से मदद के लिए कोई भी रिक्वेस्ट नहीं की है और न ही भविष्य में करूँगा।

AGREEMENT by APPLICANT (SEE PAGE 80)

- 1) By affixing my signature or thumb impression on this Form, I (Applicant) hereby agree & authorise Koshika Foundation and it's Trustees to use/publish/pu-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.
- 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 तरह का अपने हस्ताक्षर या अंगूठे की छाप लगाकर, मैं (अर्हक) अपनी जानकारी को पुष्टि करता हूँ कि "कोशिका फाउंडेशन और इसके ट्रस्टी" को अधिकृत करने हैं कि वे मेरा नाम, पता और जो विवरण इस तरह में प्रेषित है, उसे "कोशिका" द्वारा प्रकाशित, पत्र, मासिक पत्रिका द्वारा प्रसारण में मुझे प्रेषित करने और प्रसारित करने के लिए उपयोग कर सकते हैं। मेरा इसका विवरण में प्रकाशित करने का मतलब यह नहीं है कि "कोशिका फाउंडेशन" मे प्रेषित करेगा।
- 2) मैं (अर्हक) इस तरह से स्वीकार हूँ कि मेरा नाम, पता, पता और विवरण को कि फाउंडेशन में प्रेषित में प्रेषित है मुझे प्राप्त, प्रकाशित या प्रसारण नहीं करेगा। इस प्रेषित में "कोशिका" द्वारा प्रकाशित प्रेषितों का निर्णय कोशिका और मासिक पत्रिका द्वारा:

ADD ICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION

अधिकांश के प्रयोगों में, अंगुष्ठ का चिह्न



AGREEMENT by HOSPITAL: (HOSPITAL USE ONLY)

By affixing hereunder: signature of our Authorized Signatory for recommending this case/patient for financial assistance from Koshika Foundation, we (Hospital) hereto 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.

इसके अतिरिक्त, राजस्थान की और दो सामल/गोरी को "कोटियाल यादगंधीरा" से चित्तूर लड़ाकू सेतु सिपथीरा को काती है, जिसे इन (राजस्थान) सिपथे जगल से शायद न समझाया जाते है।

- [illegible]

2. "बॉसिका कान्फरेन्स" में जो कई अज्ञात लोग शामिल करने की है। लेडी पर हमला करने की है। अज्ञात लोग जो किने लगे अज्ञात/अज्ञात का चुनाव लेने दूर हमला करने की है। लेडी "बॉसिका कान्फरेन्स" द्वारा किने अज्ञात का कोई समझ नहीं है। इसलिने हमला में लेडी को अज्ञात चुनने और अपने जाने की जाने किने/अज्ञात लेने दूर हमला करने की है। "बॉसिका" को कोई पुलिस या किने/अज्ञात इस मामले में नहीं होने।

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE
WITHOUT A FURTHER HEARING

Mr. LAKSHMIPATHI N

Senior Manager

OUTREACH BANGALORE

DIABETES & EYE DISEASE

(A unit of Shred-it Eye Care costs \$100.)

Vasanthanagar, Bangalore-52

Date of Surgery
ऑपरेशन की तारीख

12/9/25

Dr. PREETHI B.
M.B.B.S., D.O., FRCO, FRCO
Specialist Obstetric and Paediatric

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

1990-1991

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION

आंतरिक संयोजन

SIGNATURE of TRUSTEE 1

अपनी प्रकृति

SIGNATURE of TRUSTEE 2

अथैवमस्मिन्

Exchanged

2128