

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE (Healthcare)				(सहायता हेतु आवेदन फार्म)	
APPLICATION No. : आवेदन संख्या :		B/0925/1894		APPLICATION DATE आवेदन तिथि : 19/9/25	
NAME of APPLICANT : आवेदक का नाम		Mallajamma		AGE-YEARS आयु-वर्ष	SEX लिंग
				65	F
FATHER/SPOUSE'S NAME पिता/पति का नाम		N/A			
PRESENT RESIDENCE ADDRESS वर्तमान निवास पता		Kodagohalli, Kalluratti (T), Madhyani, Karnataka			
PERMANENT RESIDENCE ADDRESS स्थायी निवास पता					
OCCUPATION : व्यवसाय		Home maker		MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)	
TOTAL ANNUAL INCOME : कुल वार्षिक आय				(Attach Proof of Income) (आय का प्रमाण प्रस्तुत करें)	
Y No. : (यदि कोई हो)					
ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable): क्या आप आय करदाता हैं? (को जो लागू हो उसे चिह्नित करें)		Yes / हाँ / No / 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 से संबंध	
BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable) सहायता के लिए निम्न आधार					
BPL Card (Attach Card Copy) गरीबी रेश के साथ प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की प्रतिलिपि संलग्न करें)		EWS Certificate (Attach Certificate Copy) अल्प आय वर्ग प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की प्रतिलिपि संलग्न करें)		Rajshahi Card (Attach Copy) राजपूतता कार्ड (प्रमाण पत्र की प्रतिलिपि संलग्न करें)	
Any Other Basis/Proof अन्य कोई प्रमाण					
"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE सहायता हेतु निम्न उद्देश्य					
Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached अनुसंधान/प्रीस्क्रिप्शन के साथ जोड़ें				
1	Diagnosis - LF - cataract				
2	Surgeon - LF - cataract + p.p.s.				
ASSISTANCE BEING AWARDED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES इस उद्देश्य के लिए कोई अन्य सहायता मिली है या नहीं (यदि हाँ तो लिखें)					
Sr. No. क्रम संख्या	NAME of OTHER SOURCE अन्य स्रोत का नाम	AMOUNT of ASSISTANCE BEING AWARDED जो प्राप्त किया गया है			

DECLARATION by APPLICANT: ☐ I am not a U.S. citizen or permanent resident alien.

- 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 KashiKa 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 बताना हूँ कि, इस प्रमाण पत्र में दिये गये सभी विवरण सही जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई विवरण सत्य नहीं माना जाय तो मेरी सहायता प्रमाण को खारिज कर दिया जायेगा।
- 2) मैं यहाँ घोषणा करती हूँ कि, यदि मैं कोशिका फाउन्डेशन से सहायता प्राप्त करूँगी तो मैं इसे केवल उद्देश्य के लिए ही इस्तेमाल करूँगी, जो इस प्रमाण पत्र में बताया गया है।
- 3) मैं यहाँ बताना हूँ कि मैं इस सहायता से न तो किसी अन्य स्रोत/रोजगार/बीमा कंपनी से न तो किसी भी और न ही क्षतिपूर्ति नहीं करूँगी।

AGREEMENT by APPLICANT (attach all with)

- 1) By affixing my signature or thumb impression on this Form, I (Applicant) hereby agree & authorize Kushiika Foundation and it's Trustees to use/publish/print-affix/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 Kushiika Foundation and/or disseminating information about it's activities/achievements. Such use of my photo & details can be made by Kushiika 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 Kushiika Foundation, and their decision in this regard will be final and acceptable to me.
- 1) इस द्वारा या अपने हस्ताक्षर या मुद्रा लगाकर, मैं (अर्पणक) अपनी जानकारी को पुष्टि करता हूँ एवं "कोशिका फाउंडेशन और इसके भरोदारों" को अधिकृत करता हूँ कि वे मेरा नाम, पता, फोटो और जो विवरण इस प्रकार में बताया है, उसे "कोशिका" द्वारा अपने, या, जनसमूह द्वारा इस्तेमाल से मुझे सीखने/बिचने और प्रकाशित करने के लिए प्रकाशित करने के लिए अधिकृत है। वे इस का विवरण को प्रकाश को करने या कर के करने के लिए "कोशिका फाउंडेशन" से जारी अधिकृत है।
- 2) मैं (अर्पणक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण जो कि प्रकाश को इस्तेमाल से प्रकाशित है मुझे प्राप्त। प्रकाश का हस्ताक्षर नहीं करता। इस मामले में "कोशिका" द्वारा प्रकाशित भरोदारों का निर्णय अंतिम और स्वीकार्य होगा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION: _____



AGREEMENT by HOSPITAL (EXHIBIT 21.47)

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 & it's outcome & safety of the patient, and Koshika Foundation will have no role or responsibility in the matter.

- आ प्रेम साधक
इसमें अधिकतर, इसका भी जोर है चारों तरफों को "कॉलेज काउन्सिल" के विभिन्न चरणों से विचारित की जाती है, कि वह (इसका) जिन प्रकार से चलाये जाये।
(1) यह कि न तो कोलेज और न ही कॉलेज में विभिन्न चरणों किन्हीं के लक्ष्यी संस्था या किसी अन्य स्तर से उच्च लेवेलियर्स में लेने या ले रहे हैं, केवल कि इनमें "कॉलेज काउन्सिल" के विचारित/विशेष प्रकार के संस्था में "कॉलेज काउन्सिल" इस प्रकार से है। यह "कॉलेज काउन्सिल" इस प्रकार किन्हीं जलिया/समाज से प्रभावित नहीं किन्हीं जलिया है जो अत्यन्त किन्हीं अन्य के लक्ष्यी संस्था या किसी अन्य संस्था से प्रभावित करने का जलिया सुनिश्चित करता है। इस प्रकार में अन्य कहा जाता है कि अत्यन्त विभिन्न प्रकार उच्च लेवेलियर्स से किन्हीं के लक्ष्यी संस्था या किसी अन्य संस्था से नहीं लेवेलियर्स।
2. "कॉलेज काउन्सिल" में ले ले संस्था संस्था विभिन्न प्रकार की है। ऐसी या अत्यन्त इस में ले संस्था या किन्हीं ले अत्यन्त/विशेष का प्रभाव ले ले अत्यन्त के बीच का विचार है और "कॉलेज काउन्सिल" इस किन्हीं उच्च का ले प्रभाव ले ले है। इसमें अत्यन्त में ऐसी में प्रभाव प्रभाव और अन्य ले ले जाते हैं। किन्हीं ऐसी में अत्यन्त की होती और "कॉलेज" को ले ले प्रभाव या किन्हीं इस प्रभाव में ले ले होती।

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE

Mr. LAKSHMIPATHI N

Senior Manager

OUTREACH BANGALORE

DIABETES & EYE HOSPITAL

(A unit of Shradana-Eye Care Trust)
Vasantnagar, Bangalore-52

Date of Surgery
ऑपरेशन की तारीख

19/9/25

(Review of Dr. A. B. Stone, M.D. with Stewart)

हस्ताक्षर का पत्र में हस्ताक्षर के लिए है

FOR INTERNAL USE OF KOSHKA FOUNDATION

SIGNATURE of TRUSTEE 1

— **WILLIAM WATSON**

SIGNATURE of TRUSTEE 2

अथवा प्रत्यक्षः ।