

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE सहायता हेतु आवेदन प्रारूप		(Healthcare) (स्वास्थ्य देखभाल)	Koshika foundation Building block of life.	
APPLICATION No.: आवेदन संख्या : B/1085/8813		APPLICATION DATE: आवेदन तिथि 24/10/25	 Pre op post op 2013-Muthuraj	
NAME of APPLICANT: आवेदक का नाम Muthuraj		AGE-YEARS आयु-वर्ष 60		SEX लिंग m
FATHER'S/SPOUSE'S NAME: पिता/हस्ताक्षर का नाम S/o Kunta Muthaiah				
PRESENT RESIDENCE ADDRESS वर्तमान आवासीय पता H.No. 418, 5th Cross Doddagowdane palya Bangalore, Karnataka				
PERMANENT RESIDENCE ADDRESS स्थायी आवासीय पता				
OCCUPATION: व्यवसाय Coolie	MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित) ☒ MARRIED	(Attach Proof of Income) (आय की साधक संलग्न करें)		
TOTAL ANNUAL INCOME: कुल वार्षिक आय 18000/-				
PAN No. क्याई खाता संख्या				
ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable): क्या आप आय कर दाता हैं (जो मान्य हो उस पर सही का निशान लगाएं) Yes / No हाँ / 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	Munizathamma	48	F	wife
BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable) सहायता के लिए विनति आधार				
BPL Card (Attach Card Copy) गरीबी रखा के नौचे 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 साधक	
"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE: सहायता हेतु किसे गये किसी का उद्देश्य:				
Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached अस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई प्रतिवेदन सूची संलग्न			
①	Diagnosis RE- P.C.I.O.L IE- Cataract			
②	Surgery IE- Cataract + P.C.I.O.L			
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. क्रम संख्या	NAME of OTHER SOURCE अन्य स्रोत का नाम	AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILED कितनी राशि सहायता रखी		

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 Koshika 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.

- AGREEMENT by APPLICANT (आवेदक द्वारा कथित)

- 1) इस प्रश्न पर अपने हस्ताक्षर या अंगूठे की छाप लगाकर, मैं (आवेदक) अपनी सहमति को पुष्टि करता हूँ एवं "कोशिका सार्वभौमता और उसके न्यायीत्व" को अविच्छेद करता हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और जो विवरण इस प्रश्न में धोखा है, उसे "कोशिका" समूह न्यायी, राज, माधवराव दामोदरराव से जुड़ी गतिविधियों और व्यक्तित्वों के विषये किसी भी प्रकार संशय से प्रभावित करने के लिए अविच्छेद है। मेरे प्रश्न का विवरण मेरे हस्ताक्षरों के पक्ष में या बाएं से करने के लिए "कोशिका सार्वभौमता" व न्यायी अविच्छेद है।
- 2) मैं (आवेदक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण जो कि सहायता को उद्देश्य से प्रेषित है मुझे प्रभाव: सहायता का इकट्ठा करने के लिए। इस समूह में "कोशिका" समूह उसके न्यायियों का निजी जीवन और व्यवसायी होगा।

अपेक्षा के अनुसार का संग्रहीत का विवरण



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:

- हमारे अधिकतर इलाक़ों को जोर से मध्यम/दीर्घी को "कोविडका जायन्टेशन" से बचित बहालता से विचारित हो जाती है, जिसे हम (हमसफ़र) मिन भ्रमों से भयम न सीकारा जाते हैं।

2. "कॉलिका कान्फेन्स" से ही यह संभावना कोन विचार प्रकृति को है। ऐसा च इन्फान्ट ड्राग से यह संभव है किने गने इन्फान्ट/प्रक्रिया का सुबह रोने एवं इन्फान्ट को बीच का विचार है और "कॉलिका कान्फेन्स" द्वारा किसी प्रकार का कोई रचना नहीं है। इसलिये इन्फान्ट में रोने को इन्फान्ट सुबह और जल्द जल्द की सारी विनयेदा रोने एवं इन्फान्ट को रोने और "कॉलिका" की कोई भुमिका या विनयेदा इस मामले में नहीं होगी।

स्वीकृती यां लिए संस्तुति

DR. PRADEEP K. B. K.
MBBS, D. FGO, FPOS
Specialist General and Pediatric
(Name of Dr. & Regn. No. With Stamp)
होमर का नाम है इसका मेरे दोस्त है

Mr. LAKSHMIPATHI N
Senior Manager
(Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory)

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION

SIGNATURE of TRUSTEE 1
नामो वसुधा ।

SIGNATURE of TRUSTEE 2
नामसे इस्ताफा 2