

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE (Healthcare)		(स्वास्थ्य देखभाल)		
APPLICATION No. : आवेदन संख्या : R/0425/0020		APPLICATION DATE : आवेदन तिथि : 21/4/25		
NAME of APPLICANT : आवेदक का नाम : Andarappa		AGE-YEARS आयु-वर्ष : 60	SEX लिंग : M	
FATHER'S/SPOUSE'S NAME : पिता/कन्या का नाम : S/o Narindappa				
PRESENT RESIDENCE ADDRESS : वर्तमान आवासीय पता Subhanagar, Old Bangalore, Bangalore				
PERMANENT RESIDENCE ADDRESS : स्थायी आवासीय पता [Blank]				
OCCUPATION : व्यवसाय : Cook		MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित) ☒ ☐		
TOTAL ANNUAL INCOME : कुल वार्षिक आय : 18000		(Attach Proof of Income) (आय का साक्ष्य संलग्न करें)		
PAN No. : स्थायी खाता संख्या : [Blank]				
ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable): क्या आप आय कर दाता हैं (जो मान्य हो उस पर सही का निशान लगायें) : ☒ Yes / हाँ / ☐ No / 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 सम्बन्ध
BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable) सहायता के लिये विनती आधार				
☒ BPL Card (Attach Card Copy) गरीबी रेशा के नीचे प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें)		☐ EWS Certificate (Attach Certificate Copy) आय आय का प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें)		☐ Ration Card (Attach Copy) वित्तपोषण कार्ड (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें)
☐ Any Other Basis/Proof अन्य कोई साक्ष्य				
"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE: सहायता हेतु किये गये विनती का उद्देश्य:				
Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached अस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई प्रतिवेदन सुची संलग्न			
1	Diagnosis:- RE - cataract			
2	Surgery:- RE - cataract + p.c.i			
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 सी गई सहायता राशी		
1	DBS	[Signature]		

- 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 कबला)

- 23) ये (आवेष्टक) इस बात से सहमत हैं कि ये भय, घृणा, फोड़े और शिवराज जो कि महापत्न के उद्देश्यों से प्रेरित हैं मुझे स्वतः; महापत्न का हकदार नहीं बनता। इस सम्बन्ध में "बेनिष्ठा" प्रथम उत्तरके व्यक्तियों का निर्णय अंतिम और बाध्यकारी होगा।

आवेष्टक के इस्तेमाल या अंगुली का निशान



AGREEMENT by HOSPITAL (हस्पताल द्वारा करार)

2. "कोशिका फावन्डेशन" से ली गई झगड़ल कोल विविध प्रकृति की है। रोणे पर हमसल द्वारा दी गई सलसल या किये गये उपचार/प्रक्रिया का चुनाव रोगी एवं हमसल के बीच का विषय है और "कोशिका फावन्डेशन" द्वारा कियी प्रकार का कोई दवाय नही है। इसलिये हमसल में रोणे के इलाज सुरक्षा और आने जाने की सारी जिम्मेदारी रोगी एवं हमसल की होगी और "कोशिका" की कोई सुविधा या जिम्मेदारी इस मामले में नही होगी।

RECOMMENDED FOR ACCEPTENCE

स्त्रीकृती के लिए संस्तुति

DR. M. PAUL WEBB

MS Consultant Ophthalmologist
Anglers Diabetes & Eye Hospital

(Name of Dr. & Regn. No. with Stamp)
(A unit of Suradindra Eye Care Trust)

Vasanthnagar, Bangalore-52

FOR INTERNAL USE
KMC 100-91507

Mr. LAKSHMIPATHIN

Senior Manager

(Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory
on behalf of Hospital)

(A) यदि $\frac{1}{x} + \frac{1}{y} = \frac{1}{z}$, तो $x^2 y^2 z^2$ का मान ज्ञात करें।

आन्तरिक उपयोग हेतु: **2024 Bangalore-52**

SIGNATURE of TRUSTEE 1

न्यासी हस्ताक्षर ।

SIGNATURE of TRUSTEE 2

व्यासो हस्तक्षर २