

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE
सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)
(स्वास्थ्य देखभाल)

APPLICATION No.:
आवेदन संख्या:

BLOS24/0237

APPLICATION DATE:
आवेदन तिथि: -/15/24

NAME of APPLICANT:
आवेदक का नाम:

channajamma

AGE-YEARS वय-वर्ष: 55

SEX लिंग:

FATHER'S/SPOUSE'S NAME:
जिता/कन्तुवा का नाम:

10/0 Sidda Dhar i

PRESENT RESIDENCE ADDRESS: बासमान जावासारी पड़ा
#24/2, Kinnigavalli Hobli, channapatna koppal
matawatti taluk, karnataka

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS: स्थाई जावासारी पड़ा

OCCUPATION:
अवसराप

coolie

MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)

TOTAL ANNUAL INCOME:
कुल वार्षिक आय:

—10,000/-

(Attach Proof of Income)
(आय का साक्ष्य संलग्न)

PAN No. स्थाई जावा संख्या:

ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable):
1 आप आय का गात्र है (जो मात्र ही उमा पर मही का विशेष स्थान है)

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 के माध्यम संबंध
①	somayya	30/	m	son
②	shobha	30/	F	Daughter
③	Aperanji	35/	F	Daughter

BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable)
सहायता के लिये चिन्हित आधार:

BPL Card (Attach Card Copy) गरीबी रोपा के नीचे प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की जावा प्रति संलग्न को)	EWS Certificate (Attach Certificate Copy) जावा जवा प्रवाल पत्र (प्रवाल पत्र की जावा प्रति संलग्न को)	Ration Card (Attach Copy) उपभोक्ता कार्ड (प्रमाण पत्र की जावा प्रति संलग्न को)	Any Other Basis/Proof अन्य कोई आधार
---	---	---	--

"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE:

सहायता हेतु किये गये चिन्हित का उद्देश्य:

Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached अस्पताल/केंद्र से जारी की गई प्रतिवेदन सूची संलग्न	
①	Diagnosis	RT. Cough
		AE. cough

ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES
इस उद्देश्य के 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 की गई सहायता राशि
①	DBES	2000/-

Koshika
foundation
Building block of life



DECLARATION by APPLICANT: ज्ञानेन्द्र कुमार द्वारा दीर्घकाल पत्रः

- 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.
- 1) मैं ज्ञानेन्द्र कुमार हूं कि इस प्राप्ति में ऐसे गये सभी विवरण मेरी जानकारी के अनुसार याद एवं सही हैं। यदि कोई विवरण यह कामना असम्भव पाया जाता है तो मेरी ज्ञानेन्द्र निम्न की जैसी जानकारी है।
 - 2) मैं द्वारा जैसा यादी "ज्ञानेन्द्र काटांडेसन", जैसी जैसी है, उसका उपयोग नमी उद्देश्य की तृष्णा के लिए किया जायेगा, जो इस प्राप्ति में आ गया है।
 - 3) मैं पुष्ट करता हूं कि जिस सहायता हेतु यह प्राप्ति की गई है, उस यादी का अधिकांश या सकल विस्तृत विवरी जब योग्यतानिवारक/विवर कामनी में न आ जाया है तो न ही यादी में दृष्टी।

AGREEMENT by APPLICANT (ज्ञानेन्द्र द्वारा करता)

- 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/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 its activities/achievements. Such use of my photo & details can be made by Koshika Foundation before or after my treatment or fulfilment 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 is this regard will be final and acceptable to me.
- 1) इस प्राप्ति पर आपने हस्ताक्षर या जागे की जैसे लकड़ाका, जैसे (ज्ञानेन्द्र) जल्दी सहायता की तृष्णा करता हूं एवं "ज्ञानेन्द्र काटांडेसन और उनके ज्ञानेन्द्र" की अधिकृत करता हूं कि मेरा याद, यादी जैसी यो विवरण इस प्राप्ति में दीखता है, उसे "ज्ञानेन्द्र" एवं नामों, दान, जानकारी या तृष्णा उद्देश्य से जुड़ी योग्यतानिवारकों और उपलब्धिवारों के लिए किसी भी प्राप्त समर्थन से उपलब्ध करने के लिए अधिकृत है। मेरे प्राप्ति का विवरण मेरी शुल्क के पाहारे या जाद में करने के लिए "ज्ञानेन्द्र काटांडेसन" व नामी अधिकृत है।
 - 2) जैसे (ज्ञानेन्द्र) इस बात में सहमत हूं कि मेरा याद, नाम, यादी जैसी यो विवरण जैसे कि सहायता के उद्देश्यों से जारी है युच्च यथा, सहायता का हक्कार यही जानकारी इस समर्कें में "ज्ञानेन्द्र" एवं उनके ज्ञानेन्द्रीयों जैसे विवरण अधिक और जापनार्थी होगा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION :

ज्ञानेन्द्र की हस्ताक्षर या अंगूठे का विवरण

AGREEMENT by HOSPITAL (हस्ताक्षर द्वारा करता)

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 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.

इन्होंने अधिकृत, हस्ताक्षरी की ओर से मानोंप्राप्तों को "ज्ञानेन्द्र काटांडेसन" से विविध सहायता हेतु विवरण दी जाती है, जिसे हम (हस्ताक्षर) जिन ड्रग्स में याद व ज्ञानेन्द्र करते हैं।

- 1) यह कि न ही सहायता जैसी जैसी यो विवरण सहायता किसी गैर जानकारी योग्यतान का विवरी अन्य रूपों से उसा उल्लेख्यतावाले में देखे जा सके हैं, जैसे कि हमने "ज्ञानेन्द्र काटांडेसन" से विविधानिवारकी जान के समर्थन में "ज्ञानेन्द्र काटांडेसन" द्वारा याद देखा गया है। यदि "ज्ञानेन्द्र काटांडेसन" द्वारा योग्यता विवरी ज्ञानेन्द्र/उनका जान है तो उसका जान किसी अन्य गैर जानकारी योग्यता का विवरी अन्य समर्थन से सहायता लेने का अधिकार सुनिश्चित रखता है। इस तृष्णा ये स्वयं करता है कि अस्पताल द्वितीय याद उन गैरीयतावाले हेतु किसी जैसी जानकारी योग्यता का विवरी अन्य साधन से नहीं होती/होती।
2. "ज्ञानेन्द्र काटांडेसन" से नहीं यह सहायता कोषत विविध प्रकृति की है। योंगे जो अस्पताल द्वारा यह गैर जानकारी योग्यता का विवरण करता है और "ज्ञानेन्द्र काटांडेसन" द्वारा किसी जान का चोरी याद नहीं है। अस्पताल अस्पताल में देखे के इतना सूखा तो अपने जाने की योग्यता देखने एवं अस्पताल की होती है और "ज्ञानेन्द्र" की चोरी भूमिका या विवरणीय इस समाने में नहीं होती।

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE
ज्ञानेन्द्र के लिए संमति

[Signature]
Manager Outreach
Institute for Diabetes & Eye Care
(Nigerian Diabetes & Eye Care Trust.)
16/M, Thimmaiah Road, Miller Town, Badagry.
Nigerian, 10000
Email: info@ndetc.org.ng

Date of Surgery अधिकृत की तिथि <i>21/5/24</i>	Dr. Laxmi Dorennavar MBBS, MS, FPRS, FICO Consultant Eye & Retina Specialist National Eye Bank No. 10000
---	--

FOR INTERNAL USE OF KOSHICA FOUNDATION

अन्यान्यक उपयोग हेतु

SIGNATURE of TRUSTEE 1 नामी हस्ताक्षर 1 <i>[Signature]</i>	SIGNATURE of TRUSTEE 2 नामी हस्ताक्षर 2 <i>[Signature]</i>
--	--