

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE

सहायता हेतु आवेदन प्राप्ति

(Healthcare)

(संवादस्थान देशभाषा)

APPLICATION No.: अप्लाई नंबर : B0524/04-1

NAME of APPLICANT : अप्पिकेंट का नाम Bajiaiah,

FATHER'S/SPOUSE'S NAME
पिता/स्त्री का नाम

PRESENT RESIDENCE ADDRESS वासस्थान आवासाय पत्र
doddankunaballi village at guruvu hobl
madikeri taluk sandya kannaduka
DEFINATE RESIDENCE ADDRESS

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS : P.O. BOX 99999

OCCUPATION

TOTAL ANNUAL INCOME

कृषि व्यापारिक अध्ययन

Table 6. Test run summary

ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSSEE (Tick whichever is applicable):

EX 10-10

100

卷二



Pn-OP post-OP
0411 Bayjaiah

MARRIED (眞婚) / UNMARRIED (假婚)

(Attach Proof of Income)

卷 7 / 96

FAMILY DETAILS परिवार विवरण				
Sr. No. क्रम संख्या	Name of Family Member परिवार के सदस्यों का नाम	Age (Years) वय (वर्ष)	Gender लिंग	Relation with Applicant आवेदक के साथ सम्बन्ध
1	Mayamma	55 4	F	MWY
2	binish	22 4	m	SON
3	Belli Shwamy	21 4	m	SON

BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable)

BPL Card (Attach Card Copy)	EWS Certificate (Attach Certificate Copy)	Ration Card (Attach Copy)	Any Other Basis/Proof
गरीबी दस्तावेज के नीचे प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की लागू प्रति संलग्न करें)	अधिक अवकाश प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की लागू प्रति संलग्न करें)	उपरोक्त कार्ड (प्रमाण पत्र की लागू प्रति संलग्न करें)	अन्य कार्ड संलग्न

"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE:

Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached अस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई प्रतिवेदन सूची संलग्न
①	D.agnosis RE calcifit LE radicat Surgery : RE calc + P.CD

ASSISTANCE BEING AVALIABLE FOR SAME "PURPOSE" FROM OTHER SOURCES

Sr. No.	NAME of OTHER SOURCE अन्य स्रोत का नाम	AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILED जीव सहायता प्राप्ति
१०	DBCS	2000/-

DECLARATION by APPLICANT: आवेदक द्वारा घोषणा करा।

- 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.

- १) ये व्यापक कारतु हैं जो इस प्रकार में दिये गए सभी विकल्पों में व्यवहार के अनुसार चयन देते हैं। यह एक विशेष विकल्प नहीं है, वर्तमान विकल्पों में व्यवहार के अनुसार चयन देते हैं।
- २) ये द्वारा जो समाजात्मक गति "कोलंबिक फारमन्डेशन", ये लौट जाती हैं। उसका उपर्योग उड़ी उड़ाक की तृप्ति के लिये किया जायेगा, जो इस प्रकार में घट गया है।
- ३) ये पूरी कारतु हैं कि जिस व्यापक हैं यह प्रधानी की रूप है, उस रूपी का व्यापक ये सभी हिस्से जिसमें अन्य द्वितीयों विकल्पों का व्यवहार से न तो लिया है और न ही भविष्य में दैवा।

AGREEMENT by APPLICANT (申請者 訂立 布可)

- 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 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 प्रयोग का अपने हमलाकर या अंगठे की ताप भागकर, मैं (ज्ञानेश्वर) अगवी महाराज की पुष्टि करता हूँ एवं "कोशिका चार्टर्सप" और उसके नामांकनों को अधिकृत करता हूँ कि मैंने नाम, पता, फोटो और जीवित इस प्रयोग में दीर्घित है, तथे "कोशिका" एवं नामांकन, राष्ट्र, चालनाका दूसरे उद्देश्य से नुकी गतिविधियों और उचलाइयों के लिये किसी भी प्रसार माध्यम से प्रसारित करने के लिए अधिकृत है। मेरे इसका का विवरण ये है कि इसके बाहर का बाहर से करने के लिए "कोशिका चार्टर्सप" व नामों अधिकृत है।

2) मैं (ज्ञानेश्वर) इस बात से सहाया हूँ कि मैंने नाम, पता, फोटो और विवरण जो कि सहायता की उद्देश्यों से जुड़ी हैं मुझे भ्राता: सहायता का हक्कारा नहीं बनता। इस सम्बन्ध में "कोशिका" एवं उसके नामांकनों का निर्माण अभियान और कार्यकारी होना।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION:

प्राचीन के विवरणों से ज्ञात



AGREEMENT by HOSPITAL (FIRM TO SIGN)

By affixing hereunder, signature of our Authorised Signatory for recommending this case/patient for financial assistance from Koshika Foundation, we
do hereby accept the above-mentioned terms & conditions.

- (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.

इनमें अधिकतर इसलिए की जोड़ में भावनाएँ हैं कि "कोरिला फटवन्हॉलम" से विशेष यात्राओं के द्वारा लिखित की जाती है, जिसे हम (क्रमशः) निम्न उच्चार में सुनें व स्वीकार करें।

- 1) यह कि वे तो सर्वामन और वे ही सम्बन्ध में कौशिक याहायका किसी गैर सरकारी संस्थान के विस्तीर्ण अपने स्थान से उड़ान देंगी/यामले में लेने वाले रहे हैं, जैसे कि हमने "कौशिक फाइनेंस" में विकारीजनिती उक्त के सम्बन्ध में "कौशिक फाइनेंस" द्वाए याद देंते रहे हैं। यदि "कौशिक फाइनेंस" द्वाए याहायका किसी अविशेष-संकाल हेतु यान्त्रु यही किसा जाता है तो याहायका किसी जन गैर सरकारी संस्था के किसी अन्य संस्थापन से याहायका लेने का अधिकार सुनिश्चित रहता है। इस पृष्ठ में स्वप्न कहा जाता है कि अस्पताल द्वितीय याद उक्त देंगी/यामले हेतु किसी गैर सरकारी संस्था वा किसी अन्य संस्था में जीवी लेना/देना।

३. "कोशिका कानूनीतान" से भी यह समाप्त बंगाल विधिप्रस्तुति की है। योगी पर हमस्तान द्वारा यह भवान या किये गये उपकार/प्रक्रिया का चुनौत ऐसी एक हमस्तान के बीच का विषय है और "कोशिका कानूनीतान" द्वारा किसी प्रकार का कोई राय नहीं है। इसलिए हमस्तान में योगी के इतना सुरक्षा और अने जाने की सभी विधेयताएँ ऐसी एक हमस्तान की होंगी और "कोशिका" सी जांते भवित्वा या विशेषज्ञी इस स्थल्यमें यह होंगी।

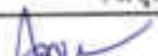
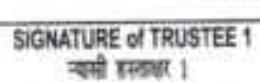
RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE

RECOMMENDED FOR READING

Mr. Lekshmiopathi N

Manager Outreach

Institute for Diabetes & Eye Care
(A unit of Shraddha Eye Care Trus.)
Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory
on behalf of Hospital

Date of Surgery ऑपरेशन की तारीख 22/5/24	 Dr. Laxmi Dorennavar MBBS, MS, FPRS, FRCO Consultant - Phaco & Refractive VMMC No. 900048 FOR INTERNAL USE ONLY SHRI SHAKTI FOUNDATION	Manager Outreach Institute for Diabetes & Eye Care (A unit of Shraddha Eye Care Trust) S-17 (Name, Designation & Stamp of Authorized Signatory on behalf of Hospital) नम व पर हस्ताल अधिकारी अन्तर्रिक उपयोग हेतु
SIGNATURE of TRUSTEE 1 नामी हस्ताक्षर । 	SIGNATURE of TRUSTEE 2 नामी हस्ताक्षर । 