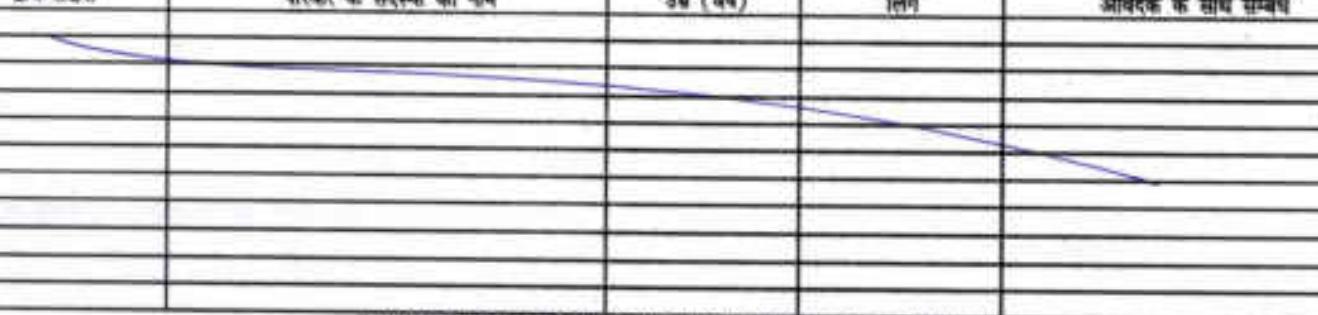


APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE सहायता फैला आवेदन प्रारूप		(Healthcare) (स्वास्थ्य सहायता)	Koshika foundation Building block of life.	
APPLICATION No.: आवेदन संख्या :	bloz4u1061	APPLICATION DATE: आवेदन तिथि 31/7/24		
NAME of APPLICANT: आवेदक का नाम	Lakshmamma	AGE-YEARS उमेर-वर्ष	F	
FATHER'S/SPOUSE'S NAME: पिता/पत्नी का नाम	12/0 Hanumegowda.	PRESENT RESIDENCE ADDRESS/ बसाया जाना चाहिए पता		
Kallunayathalli Doddareshwara post Tumkur Taluk - Tumkur Karnataka		PERMANENT RESIDENCE ADDRESS : रास्ता आवासीय पता		
OCCUPATION : अवस्था	Home maker	MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित) (Attach Proof of Income) (जाप का साध्य संलग्न)		
TOTAL ANNUAL INCOME : कुल वार्षिक आय				
PAN No. स्थाई खाता संख्या				
ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable): ज्ञाप आय कर रहा है (जो मान हो उस पर मही का निशान लगाये)				
Yes / No हाँ / नहीं				
FAMILY DETAILS घरेलू विवरण				
Sr. No. क्रम संख्या	Name of Family Member परिवार के सदस्यों का नाम	Age (Years) उमेर (वर्ष)	Gender लिंग	Relation with Applicant आवेदक के साथ सम्बन्ध
				
BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable) सहायता के लिये विनाई आधार				
BPL Card (Attach Card Copy) गरीबों रेखा के नीचे प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की जाप प्रति संलग्न करें)	EWS Certificate (Attach Certificate Copy) उत्तर जाप धर्म प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की जाप प्रति संलग्न करें)	Ration Card (Attach Copy) उपभोक्ता कार्ड (प्रमाण पत्र की जाप प्रति संलग्न करें)	Any Other Basis/Proof अन्य कोई सम्बन्ध	
"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE: सहायता हेतु किये गये विनाई का उद्देश्य:				
Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached अस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई प्रतिवेदन सभी संलग्न			
①	Diagnosis RE cataract RE cataract			
Emergency: RE cataract (PGDOL) उत्तर जाप धर्म प्रमाण पत्र				
ASSISTANCE BEING AVOIDED 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 AVOIDED तो गई सहायता राशी		
①	DBCS	2000/-		

**DECLARATION by APPLICANT:** ज्ञानेन्द्र कुमार द्वारा घोषणा पड़ता है:

- 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 घोषणा करता हूं कि इस प्रकाश में दिये गये जापी विवरण मेरी ज्ञानात्मी के अनुसार सत्य पर्याप्त हैं। और जोई विवरण पर्याप्त कारण आवश्यक प्राप्त नहीं हैं तो मेरी ज्ञानात्मी की जा सकती है।
- 2) मैं द्वारा जीवन में जापी "ज्ञानेन्द्र कालांदेशन", मेरी जापी है, उसका उपयोग उम्ही उद्देश्य की तृटीय के लिये विवरण जापेंगा, जो इस प्राप्ति में बहुत ज्यादा है।
- 3) मैं जुटि करता हूं कि विषय सहायता हेतु यह प्राप्ति की गई है, उस प्राप्ति का अधिकार या उपलब्ध विवरण की अन्वयिता/जीवन सहायता से न तो लिया है और न ही जीवन में जैसा।

**AGREEMENT by APPLICANT:** (ज्ञानेन्द्र कुमार काला)

1) By affixing my signature or thumb impression on this Form, I (Applicant) hereby agree & authorise Koshika Foundation and its 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 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 is this regard will be final and acceptable to me.

- 1) इस प्राप्ति पर अपने हस्ताक्षर या अंगठी की तरफ लगाकर, मैं (ज्ञानेन्द्र) जापी ज्ञानात्मी की जुटि करता हूं एवं "ज्ञानेन्द्र कालांदेशन और उसके ज्ञानात्मी" को अधिकृत करता हूं कि ये ज्ञान, प्राप्ति, और ये विवरण इस प्राप्ति में जोड़ा गया है, उसे "ज्ञानेन्द्र" एवं ज्ञानी, जापी, जापनात्मा यूज़र डॉक्टर में जूही गतिविधियों और उपलब्धियों के लिये विद्या भी प्रसार जापेगा तो प्रस्तुति करने के लिए अधिकृत है। मेरे प्राप्ति का विवरण ये: इनकाल के जापेंगे या जाप ये जापेंगे के लिए "ज्ञानेन्द्र कालांदेशन" न जापानी अधिकृत है।
- 2) मैं (ज्ञानेन्द्र) इस जाप से ज्ञानात्मी हूं कि मेरा ज्ञान, जाप, जापी और विवरण जो कि ज्ञानात्मा के उद्देश्यों में प्राप्ति है युहु सहा; ज्ञानात्मा का हकदार नहीं ज्ञानात्मा। इस जापेंगे में "ज्ञानेन्द्र" एवं उसके ज्ञानात्मी का विस्तृत वर्णन और वर्णनकारी होगा।

**APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION:**

ज्ञानेन्द्र को हस्ताक्षर या अंगठी द्वारा लिया गया।

**AGREEMENT by HOSPITAL:** (हस्पताल द्वारा काला)

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 यापानी/रोगी को "ज्ञानेन्द्र कालांदेशन" से विविध ज्ञानात्मा हेतु विवरणीय जीवी जापी है, जिसे इन (हस्पताल) निम्न प्रकार में यापन के लिये करता है।

- 1) यह कि न हो ज्ञानात्मा और न ही जीवित में विविध ज्ञानात्मा विवरणीय जीवनात्मी ज्ञानात्मा या विवरणीय ज्ञानात्मी से उत्तम एवं उचित विवरणीय ज्ञानात्मी में लेंगे या तो नहीं है, जैसे कि इनमें "ज्ञानेन्द्र कालांदेशन" से विवरणीय विवरणीय ज्ञानात्मा के सम्बन्ध में "ज्ञानेन्द्र कालांदेशन" द्वारा महज हेतु कि है। नहीं "ज्ञानेन्द्र कालांदेशन" द्वारा ज्ञानात्मा विवरणीय अधिकारी/सकाल हेतु यन्हाँ जापी किया जाता है तो अस्पताल विवरणीय ज्ञानी और ज्ञानात्मी संस्था का विवरणीय ज्ञानात्मा से जूही ज्ञानात्मी होगी। इस जुटि में एकट ज्ञानात्मा जाप है कि अस्पताल द्वितीय महज उक्त विवरणीय ज्ञानात्मा हेतु विवरणीय ज्ञानात्मी संस्था या विवरणीय ज्ञानात्मा से नहीं ज्ञानात्मी होगी।

- 2) "ज्ञानेन्द्र कालांदेशन" से ली गई ज्ञानात्मा कंकाल विवरण प्रकृति की है। योगी पर हस्पताल द्वारा यह नई स्थान या विवरणीय ज्ञानात्मा/जीविता का युक्ति योगी एवं हस्पताल के लिये का विवरण है और "ज्ञानेन्द्र कालांदेशन" द्वारा विवरणीय प्रकृति का जोई रखा गया है। इसलिये हस्पताल में योगी के इन्हें युक्ति और जापेंगे की जापी विवरणीय ज्ञानात्मी हो जाएगी और "ज्ञानेन्द्र" की जोई युक्ति का विवरणीय इस ज्ञानात्मी में नहीं होगी।

**RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE:**  
स्वीकृती के लिए संस्कृति

*Mr. Lakshmi Pathi N*

Manager Outreach

Institute for Diabetes & Eye Care  
(A unit of Shraddha Eye Care Trust.)

M/H No. 6, Deshpande S & Sons, Milind Terek, Pimpri  
on behalf of Hospital

नाम व पर द्वारा ज्ञानेन्द्र अधिकृत

Date of Surgery  
ऑपरेशन की तिथि  
*5/1/2024*

**Dr. Laxmi Dorennavar**  
MBBS, MS, FPRS, FICO  
(Name of Dr. Dorennavar)  
Consultant - Phaco & Cataract  
कृष्णा का द्वारा द्वारा द्वारा द्वारा

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION

अन्वयिता उपयोग हेतु

SIGNATURE of TRUSTEE 1  
ज्ञानी हस्ताक्षर 1

SIGNATURE of TRUSTEE 2

ज्ञानी हस्ताक्षर 2