

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE सहायता हेतु आवेदन प्रारूप		(Healthcare) (स्वास्थ्य देखभाल)	 Building block of life
APPLICATION No.: आवेदन संख्या:	13/0825/1561	APPLICATION DATE: आवेदन तिथि:	16/8/25
NAME of APPLICANT: आवेदक का नाम:	Lingaraju	AGE-YEARS आयु-वर्ष:	56
FATHER'S/SPOUSE'S NAME: पिता/स्त्री का नाम:	Hemalakshmi	SEX लिंग:	M
PRESENT RESIDENCE ADDRESS: कात्पान उद्धासीय पला Lakmagondnathalli, Billigur, Tumkur Karnataka			
PERMANENT RESIDENCE ADDRESS: स्थान आवासीय पला _____			
OCCUPATION: अवस्था:	Coolie	MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित) (Attach Proof of Income) (आप का मासिक संतान)	
TOTAL ANNUAL INCOME: कुल वार्षिक आय:	18000/-		
PAN No.: स्थाई संख्या संख्या:			
RE YOU AN INCOME TAX ASSESSSEE (Tick whichever is applicable): क्या आप आय कर रहे हैं (जो मासिक 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
1.	Syetha	41	F
			wife
BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable): सहायता के लिये चिन्हित आधार			
BPL Card (Attach Card Copy) गटीची रेत के नीचे प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की लाग प्रति संतान करें)	EWS Certificate (Attach Certificate Copy) बत्त्य आय की प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की लाग प्रति संतान करें)	Ration Card (Attach Copy) उपभोक्ता कार्ड (प्रमाण पत्र की लाग प्रति संतान करें)	Any Other Basis/Proof अन्य कोई साक्ष
"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE: सहायता हेतु लिये गये विवरों का उद्देश्य:			
Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached अस्पताल/हाफिजा से आई की गई प्रतिवेदन सूची संतान		
1.	Diagnosis RE - Cataract RE - Cataract		
2.	Surgery RE cat + PCIOL		
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 स्तर गई सहायता राशी	
1.	DBSCS	₹2000/-	

DECLARATION by APPLICANT: અર્પણક દ્વારા મંજુષ્ણ કરા:

- 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.
 - 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.
 - 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 सोशल काल हूँ कि इस प्राकृत में दिए गये सभी क्रियाएं मेरी ज्ञानकारी के अनुसार सत्य पर्याप्त हैं। परं कोई विवरण ऐसे क्रियाएं ज्ञानपूर्ण नहीं होता है जो भौतिक स्थान की जासूझी है।

2) मैं द्वारा जो स्थानकालीन "कानूनिक कानूनबद्धता", जो नहीं जा सकती है, उसका उपर्योग उसी क्रियाएं की चुनौती के लिये किया जायेगा, जो इस प्राकृत में पाया गया है।

3) मैं पुष्टि करता हूँ कि यह स्थानकालीन ही हूँ यह प्राविन्दी की तरफ़ है, उस तरफ़ का अधिकार या सकात क्रियाएं किसी स्थान की ज्ञानकारी की तरफ़ है और नहीं विविध में सूची-

AGREEMENT by APPLICANT (申請者による誓約)

- 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 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 in this regard will be final and acceptable to me.

1.) इस प्रश्न पर अपने हस्ताक्षर या जोड़े की जाप सहकारा, मैं (आवेदक) अपनी सहायति की दुष्ट करता हूं एवं "कोशिका काठडैंस" और उसके लोगों " को अधिकृत करता हूं कि मेरा नाम, पास, जोड़े और ये विवरण इस प्रश्न में संचित है, तभी "कोशिका" एवं नामी, नाम, जाकड़ाय द्वारा उद्देश्य में युक्ती-गतिविधियों और प्राप्तिविधियों के लिये किसी भी प्रकार मार्गमयन में उपलब्ध करने के लिए अधिकृत है। मेरे प्रश्न का विवरण मेरे इच्छा के बहाव या बाद में बदले के लिए "कोशिका काठडैंस" के नामी अधिकृत है।

2.) मैं (आवेदक) इस बात में जाहाज हूं कि मेरा नाम, पास, जोड़े और विवरण जो कि सहायता के उद्देश्य में प्रयोगित हैं मुझे बहुत; सहायता का इकाई नहीं करता। इस सम्बंध में "कोशिका" एवं उसके नामीर्थ का विविध व्यापार और भावधारी होगा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION:

आधिकारिक रूप से अंगठी का विवरण

AGREEMENT by HOSPITAL (FIRM'S LOGO HERE)

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:

- (Hospital) hereby affirm & accept the 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.

इसके अधिकारी वर्षानुसारी की ओर से यामनी-यारी को "कौशिका प्राप्ति-विद्या" में विविध व्याख्यात होने विकल्पीता की जाती है। जिसे यम (हम्माताल) विम प्रब्रह्म से मान व लौकिक भाव से

- 1) यह कि न हो बल्कि और न हो भविष्य में विशिष्ट महाप्रलय किसी तरीके से घटना या किसी अन्य स्थान से उत्तम रौप्य/धारणे में लोग या से रहे हैं, जैसे कि हमने "कॉलिका पादन्देशन" से विशिष्ट विनाशी उत्तम तंत्र सम्बन्ध में "कॉलिका पादन्देशन" द्वारा बदर होने कि है। यदि "कॉलिका पादन्देशन" द्वारा घटनाकाल विनाशी व्यक्तिगत भाक्ति होता रहना चाहा जाता है तो अपनात्म किसी अन्य तरीके सम्बन्ध या किसी अन्य घटनाकाल से घटनाकाल ऐसे का अधिकार सुनिश्चित रखता है। इस दृष्टि में अपने बदर उत्तम रौप्य/धारणे होने किसी तरीके सम्बन्ध या किसी अन्य घटनाकाल से नहीं संलग्न/संलग्नी।
 - 2) "कॉलिका पादन्देशन" से तीव्र गर्व महाप्रलय कोवत्त विशिष्ट प्रकृति भी है। ऐसी गर्व हमारात द्वारा दी गई सतत या किसी तरीके द्वारा प्रदर्शित का चुनाव ऐसी एवं हमारात की ओर से का विषय है और "कॉलिका पादन्देशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई रक्षण नहीं है। इससिंह हमारात में दोनों के इताह सुख और जनने की सभी विमेशी ऐसी एवं हमारात की दोनों की "कॉलिका" की दोनों भविष्यत के विशिष्टीय सम्भावनाएँ हैं जैसी हीं।

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE
मंत्रिमण्डल द्वारा स्वीकृत

Date of Surgery
अंपायेशन की तारीख

~~J. PREETHI. B.K.
M.B.B.S. DO., FIGO, FPOS
(Name of Dr. & Regd No & Date Stamp)
कामा गोप्तव्यमानसुग्री. न.
T.M.D. Reg. No. 82909
EDD 1, REEN 1, ISS OF KASHI~~

MR. LAKSHMINARAYAN
Senior Manager
(ON BEHALF OF Stamp of Authorised Signatory
DIABETES & STROKE
unit of Shrikrishna Trust
on behalf of Hospital)

SIGNATURE of TRUSTEE 1
[Signature]

SIGNATURE of TRUSTEE 2

Safary

See VB