

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE  
महाराष्ट्र राज्य आवेदन प्राप्ति

(Healthcare)  
(मास्त्र्य देखभाल)

**Koshika**  
foundation  
Building block of life

APPLICATION No.: N 11122 | 1459

APPLICATION DATE: 4/11/22

NAME of APPLICANT:  
जायमा का नाम  
Jayamma

AGE-YEARS: ६० वर्ष  
60  
SEX: लिंग  
F

FATHER'S/SPOUSE'S NAME:  
विवाहीका का नाम  
W/o Kempegowda



PRESENT RESIDENCE ADDRESS: लोकेश आवासीय पाल

Mavinakere at post, Dabbeghatta Hobli,

Tumkur Taluk, Tumkur, Karnataka - 572201

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS: लोकेश आवासीय पाल

Same as above

Preop Post op  
1459 Jayamma

OCCUPATION: घरेलू मालिक  
Home maker

MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (विवाहित)

TOTAL ANNUAL INCOME:  
कुल आयिका रुपये —

(Attach Proof of Income)  
(आय का साक्ष दस्तावेज़)

PAN No. आईटी ग्रैंड संख्या

ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE? (Tick whichever is applicable):  
आय जगत का लाभ है (जो सत्य है तो पर यहाँ का चिन्हन लगायें)

Yes / No  
हाँ / नहीं

FAMILY DETAILS: परिवार विवरण

Sr. No. क्रम संख्या	Name of Family Member परिवार के सदस्य का नाम	Age (Years) उम्र (वर्ष)	Gender लिंग	Relation with Applicant आवेदक के साथ सम्बन्ध
1	Kempegowda	69	M	Husband
2	Lokesh	41	M	Son

BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable)  
महाराष्ट्र के लिये लिनी जरूरी अवधि

BPL Card (Attach Card/Copy) एवं रोज़ा के लिए उपयोग पाय (प्रमाण पत्र की लागू इच्छा संलग्न करें)	EWS Certificate (Attach Certificate Copy) जन आव वर्त प्रबन्ध पत्र (प्रमाण पत्र की लागू इच्छा संलग्न करें)	Ration Card (Attach Copy) इपोकेता कार्ड (प्रमाण पत्र की लागू इच्छा संलग्न करें)	Any Other Basis/Proof अन्य कार्ड साथ
---	--	--	---

"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE:

महाराष्ट्र राज्य दिलाई का उद्देश्य:

Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached अस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई प्रायोगिक मूली संलग्न		
1	Diagnosis	RF- Cataract	LF- Cataract
2	Surgery	RF- Cataract + PCOL	

ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES  
इस उद्देश्य के लिए कोई अन्य सहायता लिनी जरूरी नहीं संकेत 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
3	DPCS	3000/-

**DECLARATION by APPLICANT** अप्लिकेशन द्वारा घोषणा

- 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 पूर्णतः बताता हूं कि इस प्रकार मेरे यथेत् विवाह मेंी जातीयों की सहायता लेने पर्याप्त नहीं है। यदि पूर्ण विवाह एवं कामना व्यवस्था जल्द ही से मेरी सहायता लियाजानी की जा सकती है।

2.) मैं इन जी जात्याओं और "कानूनी सम्बन्धों", मेरी जी जी ही, उनका उपयोग करने व्यवस्था की चुनौती के लिये विवाह व्यवस्था, जो इस प्रकार मेरे भाग नहीं है।

3.) मैं पूर्ण बताता हूं कि विवाह जातीयों द्वारा यांत्रिक बोर्ड की विवाह कमिशन में न हो जिया है और न हो भविष्य न हो गृहीण।

AGREEMENT by APPLICANT (sign or print)



APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION

मृत्यु ने जीवन को दिया



AGREEMENT by HOSPITAL (initials or name)

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.

इस अधिकार उत्तमता की ओर से लक्षणोंपरि का "वैशिष्ट्य प्रत्यक्षनाम" से विशेष समाज के विवरणों की जाती है। यिन्हें इन (उत्तमता) निम्न जनकार से बहुत बढ़ीकर करते हैं।

- 1.) यह कि न ही सर्वामन और न ही अधिकार सहायता किसी गैर साकारी प्रयत्नन का किसी भूम्प स्तर से उपर गोण-प्राप्ति में से ले जाए है, ऐसे कि हमने "कोरिका फाइनेंसर" से विप्राधीन-किसी उत्तर के सम्बन्ध में "कोरिका फाइनेंसर" द्वारा खदान होने कि है। यदि "कोरिका फाइनेंसर" द्वारा सहायता विप्री अधीकार-सकल हेतु भव्य नहीं किया जाता है तो असहायता किसी जन गैर साकारी संसद का किसी भूम्प स्तरपर से ऊपर उत्तर देने का अधिकार मुश्विर रखता है। इस गृहि में सभी उत्तर देने का जाता है कि असहायता द्वितीय मरम उत्तर देने का जाता है कि साकारों अंतर्मुख या किसी भूम्प स्तर से नहीं लेना-जाना।

<sup>२</sup> “वाराणसी विद्यालय” ग्रन्थालय संस्थान के लिए प्रक्रिया करने की अपेक्षा इसका उपयोग बहुत ज्यादा होता है।

अंग वा लिख है और "कालिका पात्रवेदन" इसे किसी प्रकार का अर्थ नहीं नहीं है। इसलिये हमाराम में सोनी के इनक सुना और उन्हें जाने की सभी विषयोंही उनी एवं हमाराम को ही हीं और "कालिका" को कोई भविका या किसीसे इन वाचनों में नहीं है।

**RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE**

सर्वोत्तमी के लिए संस्कृति

**Date of Surgery**

**Dr. Jaxmi Dorennavar**  
(Name of Dr & Regd. No. with S.I.C.O)  
**M.D.S.N.M.P.R.S.I.C.O**  
Consultant - Phach & Refractive

EDUCATIONAL FOUNDATION

1

(Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory  
on behalf of Hospital)  
Dr. K. P. D'Souza, M.B.B.S., M.D., D.L.O.  
(Medical Director, Care Trust)  
• 15M

SIGNATURE of TRUSTEE 1  
[Signature]

SIGNATURE of TRUSTEE 2  
न्यायी हस्ताक्ष २

Schaeffel

Eric B