

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE

सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)

(स्वास्थ्य देखभाल)



Koshika
foundation
Building Block of life

APPLICATION No.

आवेदन संख्या :

8/0423/0180

APPLICATION DATE

आवेदन तिथि

28/04/2023

NAME of APPLICANT

आवेदक का नाम

NAGARATHNAMMA

AGE-YEARS आयु-वर्ष

SEX लिंग

77 yrs

F

FATHER'S/SPOUSE'S NAME

पिता/सहोदर का नाम

W/o HANUMANTHAIAH

PRESENT RESIDENCE ADDRESS वर्तमान आवासीय पता

Katturana Kattige, Kagaihalli Post,
Kasaba Hobli, Turuvekere Taluk, Tumkur

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS : स्थायी आवासीय पता

Same as above.



OCCUPATION :

व्यवसाय

Home Makers

MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)

TOTAL ANNUAL INCOME :

कुल वार्षिक आय

(Attach Proof of Income)

(आय का साक्ष्य संलग्न)

PAN No. स्थायी छुट्टा संख्या

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

क्या आप आय कर दाता हैं (जो मान्य हो उस पर सही का निशान लगाएं):

Yes / No

हां / 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 साथ सम्बन्ध

BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable)

सहायता के लिये विनति आधार

BPL Card (Attach Card Copy) गरीबी रेखा के नीचे प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें)	EWS Certificate (Attach Certificate Copy) अल्प आय वर्ग प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें)	Ration Card (Attach Copy) उपभोक्ता कार्ड (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें)	Any Other Basis/Proof अन्य कोई साक्ष्य
---	---	---	--

"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE

सहायता हेतु किए गये विनती का उद्देश्य:

Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached अस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई प्रतिवेदन सूची संलग्न
1.	Diagnosis RE - Cataract LE - Cataract
2.	Surgery RE - Cataract + Pteron

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 ली गई सहायता राशि

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.

- AGREEMENT by APPLICANT (WHICH DID NOT)

2. मैं (अनेक)। इस बात से महसूस है कि यह नाम इस प्रकार और विवरण (अ) कि महापुरुषों में प्रथम है यह स्वतः, महापुरुष का स्वभाव नहीं बनता। इस सम्बन्ध में "बौद्धिक" एवम् तुलनात्मकता का निम्न प्रतिपत्ति और अध्यवसायी होना।

आवेदन में हमारा या ओरु का पता

AGREEMENT by HOSPITAL: I FATHER OF THE CITY

2. "कोशिका क्राइनेशन" से तो यह संभावना कमल विविध प्रकृति की है। एंगी पर हमसफ़ल द्वारा दो गाँ समझ या किये गये उपचार/प्रक्रिया का सुपात्र एंगी एवं हमसफ़ल के बीच का विषय है और "कोशिका क्राइनेशन" द्वारा किसी प्रकाश का कोई दबाव नहीं है। इसीलिए हमसफ़ल में एंगी के प्रभाव सुझा और अपने जाने की सारी जिम्मेदारी एंगी एवं हमसफ़ल को होती है। "कोशिका" की कोई भूमिका या जिम्मेदारी इस मामले में नहीं होती।

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE

स्वीकृति के लिए संस्तुति

Date of Surgery
अपरेशन की तारीख

Dr. Laxmi Dorennavar
MBBS, MS, FPRS, FICO
Consultant - Phaco & Refractive
(Name of Dr. & Regn. No. with Stamp)

Mr. Lakshmi pathi N
(Name, Designation, Stamp of Authorised Signatory
on behalf of Hospital)
Institute for Diabetic Eye Care
(A Unit of Shree Sri Eye Care Trust.)

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION

SIGNATURE of TRUSTEE 1

योगी राजन्ना ।

SIGNATURE of TRUSTEE 2

ज्यासी हस्तक्षेत्रात