

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE

सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)

(स्वास्थ्य देखभाल)

Koshika
foundation

APPLICATION No.:

आवेदन संख्या:

B/0623/0406

APPLICATION DATE:

आवेदन तिथि

06/06/2023

NAME of APPLICANT:

आवेदक का नाम

SHIVANNA

AGE-YEARS आयु-वर्ष

70 yrs

SEX लिंग

M

FATHER'S/SPOUSE'S NAME:

पिता/पत्नी का नाम

S/o Narasaiah

PRESENT RESIDENCE ADDRESS वर्तमान आवासीय पता

Dankihalli, D. Kalkere Post, Dandashivara
Hobali, Turuvekere Taluk, Tumkur District,
Karnataka

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS स्थायी आवासीय पता

- Same as above -

pre op
0406postop
shivanna

OCCUPATION:

व्यवसाय

Un-Employed

MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)

TOTAL ANNUAL INCOME:

कुल वार्षिक आय

(Attach Proof of Income)

(आय का सक्षम संलग्न)

PAN No. स्वयं का पैन संख्या

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

क्या आप आय कर दाता हैं (जो मान्य हो उस पर सही का चिह्न 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
1.	Jayamma	56 yrs	F	wife
2.	Lokesh D.S.	28 yrs	M	Son
3.	Prithvi A.R.	2 yrs	M	Grand Son

BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable)
सहायता के लिये किसी आधार

BPL Card (Attach Card Copy) गोबी रेखा के नीचे प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की छाव प्रती संलग्न करें)	EWS Certificate (Attach Certificate Copy) अल्प आय वर्ग प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की छाव प्रती संलग्न करें)	Ration Card (Attach Copy) ✓ उपभोक्ता कार्ड (प्रमाण पत्र की छाव प्रती संलग्न करें)	Any Other Basis/Proof ✓ अन्य कोई सक्षम
---	--	--	--

"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE:

सहायता हेतु किसे गये निम्न का उद्देश्य:

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

ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES

इस उद्देश्य के हेतु कोई अन्य सहायता किसी अन्य स्रोत से लिया गया है?

Sr. No. क्रम संख्या	NAME of OTHER SOURCE अन्य स्रोत का नाम	AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILED ले गई सहायता राशी
1.	DBCS	2,000/-

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** (अनुमति देना)

- 2) मैं (अवस्था) इस बात से सहमत हूँ कि मैं स्वयं इस छोटी और विचलित ओ कि गहराण के उदरों में स्थित है मुझे स्वयं; गहराण का हकका नहीं करता। इस सम्बंध में "कविता" एक उत्कृष्ट नमूने का विषय अतिशय और वाचकता होगी।

आवेदक को इलाका या जंगल का निवासी



AGREEMENT by HOSPITAL (एग्रीमेंट हॉस्पिटल द्वारा)

संक्षेप का विषय है और "कोशिका" परावर्तन का कोई दायज नहीं है। इसलिए हमारा न तो कोई दायज सुरक्षा और जलने वाले को खरी बिम्बेदारों से ही एवं हमारा न तो कोई और "कोशिका" को कोई भूमिका या जिम्मेदारी इस मामले में नहीं होगी।

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE

संजीवनी के लिए संस्तुति

Date of Surgery
अपरेशन की तारीख

Dr. Laxmi Dorennavar
MBBS, MS, FPRS, FICO
Consultant in Ophthalmology & Refractive
Surgery
Hawar Mahal, 1st Floor, 10024-1

(Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory on behalf of Insolvency Institute of India Private Limited (A Public Limited Company, incorporated in India))

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION

SIGNATURE of TRUSTEE 1

॥ श्रीगणेशाय नमः ॥

SIGNATURE of TRUSTEE 2

ज्यामो इत्यादी २