

## APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE

सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)

(स्वास्थ्य देखभाल)



Koshika  
Foundation  
Building block of life

APPLICATION No. :

आवेदन संख्या :

N/0822/0933

APPLICATION DATE :

आवेदन तिथि

18/8/22

NAME of APPLICANT :

आवेदक का नाम

Keishmappa

AGE-YEARS उम्र-वर्ष

64

SEX लिंग

M

FATHER'S/SPOUSE'S NAME :

पिता/कन्या का नाम

S/o Ellappa

PRESENT RESIDENCE ADDRESS वर्तमान निवास पता

S. Koolirenahalli, malur Taluku Kolar  
district Karnataka

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS : स्थायी आवासीय पता

Same as above



Postop Postop  
0933 Keshnappa

OCCUPATION :

व्यवसाय

Coolie

MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)

TOTAL ANNUAL INCOME :

कुल वार्षिक आय

28,000/-

(Attach Proof of Income)

(आय का साक्ष्य संलग्न)

PAN No. स्वयं खाली रखें

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.<br>क्रम संख्या | Name of Family Member<br>परिवार के सदस्यों का नाम | Age (Years)<br>उम्र (वर्ष) | Gender<br>लिंग | Relation with Applicant<br>आवेदक के साथ संबंध |
|------------------------|---------------------------------------------------|----------------------------|----------------|-----------------------------------------------|
|                        |                                                   |                            |                |                                               |
|                        |                                                   |                            |                |                                               |
|                        |                                                   |                            |                |                                               |
|                        |                                                   |                            |                |                                               |
|                        |                                                   |                            |                |                                               |
|                        |                                                   |                            |                |                                               |
|                        |                                                   |                            |                |                                               |
|                        |                                                   |                            |                |                                               |
|                        |                                                   |                            |                |                                               |
|                        |                                                   |                            |                |                                               |

BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable)

सहायता के लिये किस आधार पर

BPL Card

(Attach Card Copy)

गरीबी रेशा 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

(Basic Proof)

अन्य कोई साक्ष्य

## "PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE:

सहायता हेतु किसे यह चिकित्सा का उद्देश्य:

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

ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES

इस उद्देश्य के हेतु कोई अन्य सहायता किसी अन्य स्रोत से प्राप्त गयी है?

| Sr. No.<br>क्रम संख्या | NAME of OTHER SOURCE<br>अन्य स्रोत का नाम | AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILED<br>जो गई सहायता राशी |
|------------------------|-------------------------------------------|---------------------------------------------------------|
| 1                      | DBCS                                      | 2000/-                                                  |
|                        |                                           |                                                         |
|                        |                                           |                                                         |
|                        |                                           |                                                         |

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 (SEEKING JOB)

- 2) इस प्रश्न का उत्तर हमेशाकार या जटिल हो सके लक्षण है। (अवलोकन) अपनी सहायता की पुष्टि करता है। यह "कोशिका काटने और उसके न्यासी" का अधिकृत करता है कि वेरा राय, यात, फोले और जो विचारण इस प्रश्न में शामिल है, उसे "कोशिका" समूह न्यासी, राय, रायगांधी द्वारा उद्देश्य से जुड़ी निमित्तियों और उपलब्धियों के लिए किसी भी प्रभाव माध्यम से प्रभावित करने के लिए अधिकृत है। ये प्रश्न का विचारण में इसका जो पहले या बाद में करने के लिए "कोशिका काटने" न न्यासी अधिकृत है।
- 2) मैं (अवलोकन) इस बात में सहमत हूँ कि वेरा राय, यात, फोले और विचारण को कि सहायता के उद्देश्य से शामिल है मुझे ज्ञात। सहायता का हकदार नहीं करता। इस संबंध में "कोशिका" प्रभाव उसके न्यासीयों का निर्णय अंतिय और अपनाने होगा।

## AGREEMENT by HOSPITAL (हस्ताक्षर/सह/कर्म)

[illegible]

स्वीकृती के लिए संस्तुति

18/8/29

Dr. Nagesh Tiwari  
Consultant, Medical Superintendent,  
Cornea, Cataract & Refractive Surgery  
Institute for Diseases of Eye  
(Award of Dr. B. R. N. with stamp)  
(A Unit of Super Speciality Institute)  
Bikaner, Rajasthan

(Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory  
on behalf of Hospital)

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION      आन्तरिक उपयोग हेतु

Exempel

Rich