

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE
(Healthcare)
(स्वास्थ्य देखभाल)

(Healthcare)
(स्वास्थ्य देखभाल)

Koshika
foundation

APPLICATION No. : N/122/1814 APPLICATION DATE : 20/12/22
आवेदन संख्या : आवेदन तिथि

NAME of APPLICANT : Ashwathamma AGE-YEARS आयु-वर्ष 60 SEX लिंग F
आवेदक का नाम

FATHER'S/SPOUSE'S NAME : Clo kenchappa
पिता/पति का नाम

PRESENT RESIDENCE ADDRESS वर्तमान आवासीय पता
Hogomakanahalli, Dinnahalli, Kavalake

583139

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS : स्थायी आवासीय पता
Same as above

OCCUPATION : Home maker
व्यवसाय

TOTAL ANNUAL INCOME : — (Attach Proof of Income)
कुल वार्षिक आय (आय का साक्ष्य संलग्न)

PAN No. स्थायी खाता 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 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	Relation with Applicant आवेदक के साथ सम्बन्ध
1	Manjappa	37	M	Son

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

BPL Card (Attach Card Copy) गरीबी रेषा 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 किसे गये विनीत का उद्देश्य:

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

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 सी गई सहायता राशी
1	DDCS	2000/-



Pre Op Post Op
1814 Ashwathamma

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 (अभिज्ञापक द्वारा सहमति)

- 2) ये (आवेदक) इस क्षण में संकल्प हैं कि येण नाम, ज्ञान, मोहो और विषयों को कि संहायता को उत्प्रेरकों से प्रकट है भुक्त स्थल; संहायता का हृदय नहीं करता। इस सम्बन्ध में "बोशिया" एवम् उसमें व्यक्तिगत का विषय अतिथि और अथवादारी होता।

अपेक्षित की समझाए गए संकेतों का निदान

AGREEMENT by HOSPITAL (HOSPITAL 同意書)

2. "कोशिका चान्द्रेमन" से ली गई प्रत्यापन प्रकृत विविध प्रकृति की है। रोगी का हृत्पताल द्वारा दी गई प्रत्यापन या बिन्दु यन्त्र उपस्थापिका का प्रभाव रोगी एवं हृत्पताल के बीच का विषय है और "कोशिका चान्द्रेमन" द्वारा किसी प्रकार का कोई प्रभाव नहीं है। इसलिए हृत्पताल में रोगी के हृत्पताल प्रत्यक्ष और अपने अपने की गरी बिन्दुधारी रोगी एवं हृत्पताल की होगी और "कोशिका" को कोई प्रभाव या बिन्दुधारी इस प्रकार से नहीं होगी।

स्वीकृती के लिए संस्तुति

(Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory
(A unit of Sarva Shiksha Yojana))

FOR INTERNAL USE OF KUSHIKA FOUNDATION

आन्तरिक उपयोग हेतु

SIGNATURE of TRUSTEE 2

न्यासी इस्तिलाह 2