

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE
ಸಹಾಯಕತೆಗಾಗಿ ಅರ್ಜಿ ಸಲ್ಲಿಸುವ ಫಾರಂ

(Healthcare)
(ಆರೋಗ್ಯ ಸೇವೆ)

Koshika
Foundation

APPLICATION No. :
ಅರ್ಜಿ ಸಂಖ್ಯೆ :

NAME OF APPLICANT :
ಅರ್ಜಿದಾರರ ಹೆಸರು :

FATHER'S/SPOUSE'S NAME :
ಪಿತೃ/ಪತ್ನಿಯ ಹೆಸರು :

PRESENT RESIDENCE ADDRESS :
ಪ್ರಸ್ತುತ ನಿವಾಸದ ವಿಳಾಸ :

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS :
ದೀರ್ಘಕಾಲಿಕ ನಿವಾಸದ ವಿಳಾಸ :

OCCUPATION :
ವೃತ್ತಿ :

TOTAL ANNUAL INCOME :
ಒಟ್ಟು ವಾರ್ಷಿಕ ಆದಾಯ :

PAN No. :
PAN ಸಂಖ್ಯೆ :

ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable):
ನೀವು ಆದಾಯ ತೆರಿಗೆ ಪಾವತಿದಾರರೇ (ಯಾವುದೇ ಒಂದನ್ನು ಟಿಕ್ ಮಾಡಿ)

Sl. No. :
ಕ್ರ. ಸಂ. :

Name of Family Member :
ಕುಟುಂಬದ ಸದಸ್ಯರ ಹೆಸರು :

Age (Years) :
ವಯಸ್ಸು (ವರ್ಷ) :

Gender :
ಲಿಂಗ :

Relation with Applicant :
ಅರ್ಜಿದಾರರೊಡನೆ ಸಂಬಂಧ :

Sl. No. :
ಕ್ರ. ಸಂ. :

Name of Family Member :
ಕುಟುಂಬದ ಸದಸ್ಯರ ಹೆಸರು :

Age (Years) :
ವಯಸ್ಸು (ವರ್ಷ) :

Gender :
ಲಿಂಗ :

Relation with Applicant :
ಅರ್ಜಿದಾರರೊಡನೆ ಸಂಬಂಧ :

Sl. No. :
ಕ್ರ. ಸಂ. :

Name of Family Member :
ಕುಟುಂಬದ ಸದಸ್ಯರ ಹೆಸರು :

Age (Years) :
ವಯಸ್ಸು (ವರ್ಷ) :

Gender :
ಲಿಂಗ :

Relation with Applicant :
ಅರ್ಜಿದಾರರೊಡನೆ ಸಂಬಂಧ :

Sl. No. :
ಕ್ರ. ಸಂ. :

Name of Family Member :
ಕುಟುಂಬದ ಸದಸ್ಯರ ಹೆಸರು :

Age (Years) :
ವಯಸ್ಸು (ವರ್ಷ) :

Gender :
ಲಿಂಗ :

Relation with Applicant :
ಅರ್ಜಿದಾರರೊಡನೆ ಸಂಬಂಧ :

Sl. No. :
ಕ್ರ. ಸಂ. :

Name of Family Member :
ಕುಟುಂಬದ ಸದಸ್ಯರ ಹೆಸರು :

Age (Years) :
ವಯಸ್ಸು (ವರ್ಷ) :

Gender :
ಲಿಂಗ :

Relation with Applicant :
ಅರ್ಜಿದಾರರೊಡನೆ ಸಂಬಂಧ :

Sl. No. :
ಕ್ರ. ಸಂ. :

Name of Family Member :
ಕುಟುಂಬದ ಸದಸ್ಯರ ಹೆಸರು :

Age (Years) :
ವಯಸ್ಸು (ವರ್ಷ) :

Gender :
ಲಿಂಗ :

Relation with Applicant :
ಅರ್ಜಿದಾರರೊಡನೆ ಸಂಬಂಧ :

Sl. No. :
ಕ್ರ. ಸಂ. :

Name of Family Member :
ಕುಟುಂಬದ ಸದಸ್ಯರ ಹೆಸರು :

Age (Years) :
ವಯಸ್ಸು (ವರ್ಷ) :

Gender :
ಲಿಂಗ :

Relation with Applicant :
ಅರ್ಜಿದಾರರೊಡನೆ ಸಂಬಂಧ :

B/07/H/0206

Siddamma

Narasappa

Byathayuraballi, Hosur post, Madurai

Taluk, Kolar Dist

Housewife

40,000 (Family Income)

Rajaappa

30

M

Son

Doc for Left Eye

Penetrating Keratoplasty

B.W.L.E.H



0206
Siddamma

0206
Rajaappa

pro op

post op



ಬಿ.ಡಬ್ಲ್ಯು. ಲಯನ್ಸ್ ಸೂಪರ್ ಸ್ಪೆಷಾಲಿಟಿ ಕಣ್ಣಿನ ಆಸ್ಪತ್ರೆ
B.W. LIONS SUPERSPECIALITY EYE HOSPITAL
a unit of Lions Club of Bangalore West Trust

MARK OF EXCELLENCE



NAAB ACCREDITED HOSPITAL

#5, Lions Eye Hospital Road, (off J.C. Road), Bangalore - 560 002, India.
Phone : 080-2212 1253, 2212 1255 Fax : 080-2223 2562
E-mail : info@bwlionseyehospital.org Website : www.bwlionseyehospital.org

TO WHOMSOEVER IT MAY CONCERN

Bangalore
10/11/07/2017

Mrs. Siddamma 65 year old -female has been diagnosed
to have left eye pseudophakic bullous keratopathy with
spheroidal degeneration. She requires penetrating
keratoplasty for the same. The patient is poor and
cannot afford for surgery. kindly do the needful.



Comprehensive Eye Care Hospital with Advanced Investigations, Treatment & Micro Surgical facilities for Cataract, Refractive Surgery
Glaucoma, Occuloplasty, Cornea, Squint & Vitreo Retina & Paediatric Ophthalmology

Recognised by: CGHS, Insurances, TPA's, Banks, Yashaswini, State Govt. etc for cashless / reimbursement surgeries

Donations are accepted under Sec. 80(g) of Income Tax Act

For Eye Donation Call : 2223 5805, 97405 56666