

32986

## APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE

सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)

(स्वास्थ्य देखभाल)

Koshika  
foundation

Building Block of life.

APPLICATION No. : आवेदन संख्या : B/0119/0497 APPLICATION DATE : आवेदन तिथि 10/01/2019

NAME of APPLICANT : आवेदक का नाम G. Sarathi AGE-YEARS आयु-वर्ष 8 SEX लिंग M

FATHER'S/SPOUSE'S NAME : पिता/पत्नी का नाम Late. Gowindaraj-C

PRESENT RESIDENCE ADDRESS : वर्तमान आवासीय पता

H 3, 3<sup>rd</sup> cross, Hosapalya, Opp To Royal

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS : स्थायी आवासीय पता

Bahary, Kudlu, Bommasahalli, Bangalore

OCCUPATION : व्यवसाय Student

MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)

TOTAL ANNUAL INCOME : कुल वार्षिक आय 25,000/- [Family income]

(Attach Proof of Income)  
(आप का आय प्रमाण)

PAN No. : स्थायी आयकर संख्या

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

Yes / No

क्या आप आय कर दाता हैं (जो मान्य हो उस पर चिह्न लगाएं)

हाँ / 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 सम्बन्ध |
|------------------------|---------------------------------------------------|----------------------------|----------------|-------------------------------------------------|
|                        | Sangeetha                                         | 38                         | F              | Mother                                          |
|                        | Manisha                                           | 18                         | F              | Sister                                          |
|                        | Seedha                                            | 12                         | M              | Brother                                         |

BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable)

सहायता के लिये विवृति आधार

|                                                                                                             |                                                                                                                   |                                                                                          |                                             |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------|
| BPL Card<br>(Attach Card Copy)<br>गरीबी रेशा के नीचे प्रमाण पत्र<br>(प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें) | EWS Certificate<br>(Attach Certificate Copy)<br>आय आय वर्ग प्रमाण पत्र<br>(प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें) | Ration Card<br>(Attach Copy)<br>उपभोग्य कार्ड<br>(प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें) | Any Other<br>Basis/Proof<br>अन्य कोई प्रमाण |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------|

"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE:

सहायता हेतु किसे फने विवृति का उद्देश्य:

| Sr. No.<br>क्रम संख्या | Medical Reports/Prescriptions Attached<br>अस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई प्रीस्क्रिप्शन सूची संलग्न |
|------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------|
|                        | DOV Right Eye                                                                                     |
|                        | RE - Utracology                                                                                   |

ASSISTANCE BEING AWARDED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES

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

| Sr. No.<br>क्रम संख्या | NAME of OTHER SOURCE<br>अन्य स्रोत का नाम | AMOUNT of ASSISTANCE BEING AWARDED<br>सी गई सहायता राशी |
|------------------------|-------------------------------------------|---------------------------------------------------------|
|                        | B.W.L.E.H                                 |                                                         |

0497 0497  
G. Sarathi G. Sarathi  
Pre op Post op





ಕರ್ನಾಟಕ ಸರ್ಕಾರ  
ಕಂದಾಯ ಇಲಾಖೆ

ಆದಾಯ ದೃಢೀಕರಣ ಪತ್ರ

ಶ್ರೀಮತಿ. ಸಂಗೀತ ಕೋಂ ಶ್ರೀ. ಲೇಟ್ ಗೋವಿಂದರಾಜ್ ಸಿ ರವರು 3 ಹೊಸಪಾಳ್ಯ ಬೆಂಗೂರು ಹೋಬಳಿ 560068  
ವಿಳಾಸ, ಬೋಮ್ಮನಹಳ್ಳಿ(ಬೋಮ್ಮನಹಳ್ಳಿ) ವಾರ್ಡಿನ ಬೆಂಗೂರು ಹೋಬಳಿ ಬೆಂಗೂರು  
ದಕ್ಷಿಣ ತಾಲ್ಲೂಕು ಬೆಂಗೂರು ಜಿಲ್ಲೆಯ ವಾಸಿಯಾಗಿದ್ದು, ಇವರ ಕುಟುಂಬದ ವಾರ್ಷಿಕ ಆದಾಯ ಎಲ್ಲಾ ಮೂಲಗಳಿಂದ  
ರೂ.18000 ( ರೂ. ಹದಿನೆಂಟು ಸಾವಿರ ಮಾತ್ರ) ಗಳಾಗಿರುತ್ತದೆ.

ಈ ದೃಢೀಕರಣ ಪತ್ರವು ಒಂದು ಭರ್ಷದ ಅವಧಿಗೆ ಜಾರಿಯಲ್ಲಿರುತ್ತದೆ

ದಿನಾಂಕ: 23/12/2014

ತಹಶೀಲ್ದಾರರ ಸ್ಥಾನ  
ಬೆಂಗೂರು ದಕ್ಷಿಣ ತಾಲ್ಲೂಕು  
ಬೆಂಗೂರು ಜಿಲ್ಲೆ

ಮುಖ್ಯ: ಈ ದೃಢೀಕರಣ ಪತ್ರವು ವಿದ್ಯವಾಹಿನಿ ಸಹಾಯಕ ಹೊಂದಿದ್ದು, ಕೃಷಕರ ಸಹಾಯ ಆದಾಯದಿಂದ ಇರುತ್ತದೆ.

ಸ್ಟೇಟ್ ಸಿಂಕ್ 500038310056836

Ver:4.0



ಈ ದೃಢೀಕರಣ ಪತ್ರವು 155621479 ಸಂಖ್ಯೆಯಲ್ಲಿ ದೃಢೀಕರಣಗೊಂಡಿದೆ.



ಬಿ.ಡಬ್ಲ್ಯೂ. ಲಯನ್ಸ್ ಸೂಪರ್ ಸ್ಪೆಶಾಲಿಟಿ ಕಣ್ಣಿನ ಆಸ್ಪತ್ರೆ

**B.W.LIONS SUPER SPECIALITY EYE HOSPITAL**

(A Unit of Lions Club of Bangalore West Trust)

No. 5, Lions Eye Hospital Road, (off. J.C. Road) Bangalore-560 002. India.

Phone : 22237628, 22121255, 22235005, Fax : 080-2223562

Email : [info@bwlionseyehospital.org](mailto:info@bwlionseyehospital.org) Website : [bwlionseyehospital.org](http://bwlionseyehospital.org)

MARK OF EXCELLENCE



NABH ACCREDITED HOSPITAL

TO WHOMSOEVER IT MAY CONCERN

Mr. Sanathi, 8 year old presented to us on 07/11/2018 with the complaints of diminution of vision in right eye. He needs vitrectomy surgery in right eye for the same in order to prevent any further diminution of vision and retain the present vision due to Retinal Detachment.

Bangalore West Lions  
Super Speciality Eye Hospital  
& Lions Eye Hospital Road,  
(off J.C. Road) Bangalore - 560 002

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

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

Donations accepted under Sec. 80(G) Income Tax Act. For Eye Donation Call : 2223 5005, 97405 56666 (24X7X365days)