

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE सहायता हेतु आवेदन प्रारूप		(Healthcare) (स्वास्थ्य देखभाल)	 Koshika foundation Building Hope of life.
APPLICATION No.: आवेदन संख्या : B/0925/1735		APPLICATION DATE: आवेदन तिथि 6/9/25	
NAME of APPLICANT: आवेदक का नाम Sulochana		AGE-YEARS मनु-वर्ष 52	SEX लिंग F
FATHER'S/SPOUSE'S NAME: पिता/हस्ताक्षर का नाम w/o Shaihaman			
PRESENT RESIDENCE ADDRESS: वर्तमान निवासस्थान पर No. 110 B Thala Road Amekal			
Bangalore Karnataka			
PERMANENT RESIDENCE ADDRESS: स्थायी निवासस्थान पर -/-			
OCCUPATION: उद्योग Home Maker		MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)	
TOTAL ANNUAL INCOME: कुल वार्षिक आय		(Attach Proof of Income) (आय का प्रमाण संलग्न करें)	
PAN No. पत्राई खाता संख्या			
ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable): क्या आप आय का दाता हैं? (को सत्य हो उस पर चिह्न लगाकर संकेत दें।)			
FAMILY DETAILS परिवार विवरण			
Sr. No. क्रम संख्या	Name of Family Member परिवार के सदस्यों का नाम	Age (Years) उम्र (वर्ष)	Gender लिंग
BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable) सहायता के लिए निम्नलिखित आधार			
BPL Card (Attach Card Copy) प्रत्येकी तालिका के साथ प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की प्रतिलिपि संलग्न करें।)		EWS Certificate (Attach Certificate Copy) आय और वर्ग प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की प्रतिलिपि संलग्न करें।)	Ration Card (Attach Copy) अनुपूर्णाकार्ड (प्रमाण पत्र की प्रतिलिपि संलग्न करें।)
Any Other Basis/Proof अन्य कोई प्रमाण			
"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE: सहायता हेतु किसे करने निम्नी का उद्देश्य:			
Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached वैद्यकीय रिपोर्ट/निर्देशन संलग्न		
ASSISTANCE BEING AWAIED 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 AWAIED सी पूर्ण सहायता राशी	

