

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE

सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)

(स्वास्थ्य देखभाल)



Koshika
Foundation
Building Work of Life

APPLICATION No.:

आवेदन संख्या:

D/0925/1736

APPLICATION DATE:

आवेदन तिथि

6/9/25

NAME of APPLICANT:

आवेदक का नाम

Poojeen

AGE-YEARS आयु-वर्ष

47

SEX लिंग

F

FATHER/SPOUSE'S NAME:

पिता/सहोदर का नाम

H/o Suresh Subbaram

PRESENT RESIDENCE ADDRESS: वर्तमान निवास पता

H.No. 6 9th Main Road 17th cross

Puducherry, Bangalore, Karnataka

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS: स्थायी निवास पता

-11-



pre op post op
1736 Poojeen

OCCUPATION:

व्यवसाय

Home Maker

MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)

TOTAL ANNUAL INCOME:

कुल वार्षिक आय

23,000/-

(Attach Proof of Income)

(आय का प्रमाण संलग्न करें)

PAN No. पैन संख्या

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

आप आय का दाता हैं (को मान्य हो उस पर तिकी का निशान लगाएं)

Yes / No

हां / 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 से संबंध
①	Zameer A Khan	20	M.	Son

BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable)

सहायता के लिए विनियम आधार

NPL Card (Attach Card Copy) नौवीं पीढ़ी के पीएनए कार्ड (प्रमाण पत्र की प्रतिलिपि संलग्न करें)	EWL Certificate (Attach Certificate Copy) आय-आय की प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की प्रतिलिपि संलग्न करें)	Ration Card (Attach Copy) रशन कार्ड (प्रमाण पत्र की प्रतिलिपि संलग्न करें)	Any Other (Attach Proof) अन्य कोई प्रमाण
---	---	--	---

"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE:

सहायता हेतु दिये गये विनियम का उद्देश्य:

Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached रोग/प्रीस्क्रिप्शन से संबंधित प्रमाण पत्र
①	Diagnosis RE Cataract LE Cataract
②	Surgery LE Cataract + PINK

ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES

इस उद्देश्य से हेतु कहीं अन्य सहायता किसी अन्य स्त्रोत से प्राप्त हुई है?

Sr. No. क्रम संख्या	NAME of OTHER SOURCE अन्य स्त्रोत का नाम	AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILED कौन सा सहायता मिली

