

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE

सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)

(स्वास्थ्य देखभाल)



Koshika
foundation
Building Youth of India

APPLICATION No. :

आवेदन संख्या :

B/0925/1758

APPLICATION DATE :

आवेदन तिथि

09/09/25

NAME of APPLICANT :

आवेदक का नाम

Bairappa

AGE/YEARS आयु-वर्ष

70

SEX लिंग

M

FATHER'S/SPOUSE'S NAME :

पिता/पत्नी का नाम

S/o Chikka Kunnappa

PRESENT RESIDENCE ADDRESS वर्तमान निवास पता

Sharanapada post, Kalakurupala, Gundlupet (T),

Channarayana (D) - Karnataka.

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS : स्थायी निवास पता

A

Pro of
BairappaPro of
1758

OCCUPATION :

व्यवसाय

Unemployed

MARRIED (विवाहित) : UNMARRIED (अविवाहित)

TOTAL ANNUAL INCOME :

कुल वार्षिक आय

(Attach Proof of Income)

(आय का प्रमाण प्रस्तुत करें)

PAN No. प्राप्त या नहीं

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

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

Yes / No

हाँ / नहीं

FAMILY DETAILS परिवार विवरण

Sr. No. क्रम संख्या	Name of Family Member परिवार के सदस्य का नाम	Age (Years) उम्र (वर्ष)	Gender लिंग	Relation with Applicant आवेदक से सम्बन्ध
1	Wife	62	F	Wife
2	Daughter	35	F	Daughter
3	Daughter	29	F	Daughter - In-law
4	Daughter	9	F	Daughter
5	Daughter	5	F	Daughter

BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable)

सहायता के लिए किसी आधार

BPL Card (Attach Card Copy) पीबी कार्ड का प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें)	EWS Certificate (Attach Certificate Copy) आय आर का प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें)	Ration Card (Attach Copy) उपभोग्य कार्ड (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें)	Any Other Basis/Proof अन्य कोई प्रमाण
--	---	--	---

"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE:

सहायता हेतु किसे लक्ष्य मिलेगा

Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached अनुसंधान/प्रीस्क्रिप्शन से चर्चा की गई प्रतिक्रिया प्रमाण पत्र
1	Diagnosis - RE Cataract.
	2E Cataract.
2	Surgery - 2E Cataract.

ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES

इस उद्देश्य के हेतु कोई अन्य सहायता किसे अन्य स्रोतों से प्राप्त होगी

Sr. No. क्रम संख्या	NAME of OTHER SOURCE अन्य स्रोत का नाम	AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILED उसी लक्ष्य के हेतु सहायता राशि

