

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE

सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)

(स्वास्थ्य देखभाल)


Koshika
 foundation
 Building Block of Life

 APPLICATION No. / आवेदन संख्या : 8/0925/1771

 APPLICATION DATE / आवेदन तिथि : 9/9/25

 NAME of APPLICANT / आवेदक का नाम : Doddagambai

 AGE-YEARS आयु-वर्ष : 65

 SEX लिंग : M

 FATHER'S/SPOUSE'S NAME / पिता/पत्नी का नाम : S/o R. Madurai

PRESENT RESIDENCE ADDRESS / वर्तमान निवास स्थान

Hegadachari, Regus Hotel, Landalpet (T), Chamarajpet (H),
Karnataka.

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS / स्थायी निवास स्थान


 Pre of
Doddagambai

 Post of
1771

 OCCUPATION / व्यवसाय : Unemployed

MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)

TOTAL ANNUAL INCOME / वार्षिक आय

 (Attach Proof of Income)
 (आय का प्रमाण संलग्न करें)

PAN No. / पैन संख्या

 ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable)
 क्या आप आय करदाता हैं? (जो बंद हो उस पर 'X' चिह्नित करें)

 Yes / No
 हाँ / 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

 BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable)
 सहायता के लिए निम्न कारण

BPL Card (Attach Card Copy) गरीबी रेशा के नीचे प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की प्रतिलिपि संलग्न करें)	EWS Certificate (Attach Certificate Copy) आय आय वर्ग प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की प्रतिलिपि संलग्न करें)	Ration Card (Attach Copy) उपभोग्यता कार्ड (प्रमाण पत्र की प्रतिलिपि संलग्न करें)	Any Other Basis/Proof अन्य कोई प्रमाण
--	--	---	---

 "PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE:
 सहायता हेतु निम्न उद्देश्य

Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached अनुसंधान/प्रीस्क्रिप्शन से जोड़ी की गई प्रतिलिपि प्रतिलिपि संलग्न
①	Diagnosis - RE Cataract LE Cataract
②	Diagnosis - RT Cataract

 ASSISTANCE BEING AWARDED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES
 इस उद्देश्य के लिए कोई अन्य सहायता किसी अन्य स्रोत से मिल रही है?

Sr. No. क्रम संख्या	NAME of OTHER SOURCE अन्य स्रोत का नाम	AMOUNT of ASSISTANCE BEING AWARDED ले गई सहायता राशि

