

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE

सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)

(स्वास्थ्य देखभाल)

Koshika
foundation

Building lives of life

APPLICATION No.:

आवेदन संख्या:

B/0925/1794

APPLICATION DATE:

आवेदन तिथि

11/9/25

NAME of APPLICANT:

आवेदक का नाम

Timmamma

AGE-YEARS आयु-वर्ष

63

SEX लिंग

M

FATHER'S/SPOUSE'S NAME:

पिता/पत्नी का नाम

6/0 Rajappa

PRESENT RESIDENCE ADDRESS वर्तमान निवास पता

H. No. 2-9- Bc Molkurka Hobli

Tiptur Taluk Tumkur District, Karnataka

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS: स्थायी निवास पता

-11-

pre of 1794
post of Timmamma

OCCUPATION:

व्यवसाय

coalier

MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)

TOTAL ANNUAL INCOME:

कुल वार्षिक आय

23,000/-

(Attach Proof of Income)

(आय का प्रमाण प्रस्तुत करें)

PAN No. आय का प्रमाण

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

Yes / No

हाँ / नहीं

हैं आप आय का दाता हैं (को मान्य हो उस पर सही का चिह्न दें)

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 किसी आधार

BPL Card (Attach Card Copy) लोबी कार्ड के फोटो प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की साथ प्रति संलग्न करें)	EWS Certificate (Attach Certificate Copy) आय आय की प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की साथ प्रति संलग्न करें)	Ration Card (Attach Card Copy) राशन कार्ड (प्रमाण पत्र की साथ प्रति संलग्न करें)	Any Other Basis/Proof अन्य कोई प्रमाण
--	--	---	---

"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE:

सहायता हेतु किसे गये किसी का उद्देश्य:

Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached आयुर्वेद/प्रेस्क्रिप्शन से जारी की गई प्रमाणित प्रमाण पत्र
①	Diagnosis RE cataract LE cataract
②	Surgery LE cataract + pto

ASSISTANCE BEING AWAIED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES

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

Sr. No. क्रम संख्या	NAME of OTHER SOURCE अन्य स्रोत का नाम	AMOUNT of ASSISTANCE BEING AWAIED कोई प्रति सहायता रशि

