

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE

सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)

(स्वास्थ्य देखभाल)



Koshika
Foundation
Building back of life

APPLICATION No. :
आवेदन संख्या :

13/0925/1814

APPLICATION DATE :
आवेदन तिथि

12/9/25

NAME of APPLICANT :
आवेदक का नाम

Kajamma

AGE-YEARS आयु-वर्ष

68

SEX लिंग

F

FATHER'S/SPOUSE'S NAME :
पिता/पत्नी का नाम

Shivalingaiah

PRESENT RESIDENCE ADDRESS : वर्तमान निवास पता

Sathyanarayana, Tipster, Tadar
Karnataka

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS : स्थायी निवास पता

T.I.

OCCUPATION :
व्यवसाय

+ Farmer

TOTAL ANNUAL INCOME :
कुल वार्षिक आय

MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)

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

PAN No. (यदि प्राप्त हो)

ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable)
क्या आप आय करदाता हैं? (को वान में उस पर चिह्नित करें)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 क्या संबंध
1.	Majunath	36	M	Son

BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable)
सहायता के लिए किसी आधार

BPL Card (Attach Card Copy) राश्वरी कार्ड का प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की प्रतिलिपि जोड़ें)	EWS Certificate (Attach Certificate Copy) आय आय का प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की प्रतिलिपि जोड़ें)	Nation Card (Attach Copy) राष्ट्रियता कार्ड (प्रमाण पत्र की प्रतिलिपि जोड़ें)	Any Other Basis/Proof अन्य कोई आधार
---	---	--	--

"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE:
सहायता हेतु किसी एक निम्नी का उद्देश्य:

Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached वैद्यकीय/प्रीस्क्रिप्शन का प्रमाण पत्र
1.	Diagnosis RE - Cataract LE - Cataract
2.	Surgery RE - Cat + PCOL

ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES
इस उद्देश्य के हेतु कोई अन्य सहायता किसी अन्य स्रोत से प्राप्त हो?

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

