

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE सहायता हेतु आवेदन प्रारूप		(Healthcare) (स्वास्थ्य देखभाल)		 Koshika foundation Building Block of Life	
APPLICATION No.: E3/0925/1825		APPLICATION DATE: 12/9/25			
NAME of APPLICANT: Krishnappa		AGE-YEARS मनु-वर्ष: 42	SEX लिंग: M		
FATHER'S/SPOUSE'S NAME: Budal Ningsiah					
PRESENT RESIDENCE ADDRESS वर्तमान आवासीय पता: Chandrapur Tipter Tumkur Karnataka					
PERMANENT RESIDENCE ADDRESS स्थायी आवासीय पता: TIPTER					
OCCUPATION: व्यवसाय: Unemployed	MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित):		(Attach Proof of Income) (आप का आय प्रमाण)		
TOTAL ANNUAL INCOME: कुल वार्षिक आय:					
PAN No. सर्वोच्च खाते संख्या:					
ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable): क्या आप आय कर दाखल हैं? (को सत्य हो उस पर 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 क्या संबंध	
1.	Ganamma	60	F	wife	
BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable) सहायता के लिए कौन सा आधार					
BPL Card (Attach Card Copy) गरीबी रेषा के नीचे आयदा है (प्रमाण पत्र की छापी प्रति जोड़ना होगी)		EWS Certificate (Attach Certificate Copy) आय आय वर्ग आयदा है (प्रमाण पत्र की छापी प्रति जोड़ना होगी)		Ration Card (Attach Copy) राशनकार्ड कार्ड (प्रमाण पत्र की छापी प्रति जोड़ना होगी)	
Any Other Basis/Proof अन्य कोई प्रमाण					
"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE: सहायता हेतु किसे करने कौन सी उद्देश्य:					
Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached रोगनिदान/प्रीतिपत्र में बांधी गयी प्रतीतिपत्र प्रमाण				
1.	Diagnostics RE - Cataract LE - Cataract				
2.	Surgery LE - Cat + PCOL				
ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES इस उद्देश्य को हेतु करने अन्य सहायता किसी अन्य स्रोत से लिया गया है?					
Sr. No. क्रम संख्या	NAME of OTHER SOURCE अन्य स्रोत का नाम		AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILED कौन सा सहायता राशि		

