

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE

सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)

(स्वास्थ्य देखभाल)



Koshika
foundation
Building hearts of life

APPLICATION No.: 3/0925/1832

APPLICATION DATE: 13/9/25

NAME of APPLICANT: Shivananajiah

AGE/YEARS आयु-वर्ष

65

SEX लिंग

M

FATHER/SPOUSE'S NAME: S/o Shiva Nanjaiah

PRESENT RESIDENCE ADDRESS: D. Hattiger Koppa Road

Karnataka

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS: 1832 Shivananajiah

OCCUPATION: Cook

MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)

TOTAL ANNUAL INCOME: 25,000/-

(Attach Proof of Income)
(आपके आय का प्रमाण)

PAN No. जारी किया गया

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

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

Yes/Ho
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 के साथ संबंध
1	Shivananajiah	65	M	Self

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

RPL Card (Attach Card Copy) राष्ट्रीय रूग्णों के लिये उपकरण (उपकरण पर की जाय प्रति संलग्न करें)	ENS Certificate (Attach Certificate Copy) आय आय कर प्रमाण पत्र (उपकरण पर की जाय प्रति संलग्न करें)	Ration Card (Attach Card Copy) रसदानी कार्ड (उपकरण पर की जाय प्रति संलग्न करें)	Any Other Basis/Proof अन्य कोई प्रमाण
--	---	--	---

"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE:

सहायता हेतु किसे एवं किससे का उद्देश्य:

Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached अनुसंधान/प्राप्ति से जारी की गई दवाइयों सूची संलग्न
1	Diagnosis Pt. Cataract Lk. Cataract
2	Surgery Pt. Cataract + Pt. Cataract

ASSISTANCE BEING AWAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES

इस उद्देश्य के हेतु कोई अन्य सहायता किसी अन्य स्रोत से लिए गए हैं?

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

