

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE

सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)

(स्वास्थ्य देखभाल)



Koshika
foundation
Building trust of life

APPLICATION No. :

आवेदन संख्या :

B/0925/1836

APPLICATION DATE :

आवेदन तिथि

03/9/25

NAME of APPLICANT :

आवेदक का नाम

Shivanna

AGE-YEARS (वर्ष-वर्ष)

73

SEX (लिंग)

M

FATHER'S/SPOUSE'S NAME :

पिता/पत्नी का नाम

S/o Madavi Lingegowda

PRESENT RESIDENCE ADDRESS (स्थान) (वर्तमान पता)

Bintarakote, Moodur taluk, Mandya
Karnataka

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS : स्थायी (स्थायी) पता



pre OP Post OP
1836 Shivanna

OCCUPATION :

व्यवसाय

Unemployed

MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)

TOTAL ANNUAL INCOME :

कुल वार्षिक आय

(Attach Proof of Income)

(आय का सबूत संलग्न करें)

CAN No. 1836 छाता संख्या

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

क्या आप आय कर दाता हैं (को मान्य हो उस पर चिह्न लगाएं)

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	Bhagyamma	54	F	Wife

BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable)

सहायता के लिए विनियम अनुसार

BPL Card (Attach Card Copy) गरीबी रक्षा के नीचे शामिल पत्र (प्रमाण पत्र की साथ प्रति संलग्न करें)	EWS Certificate (Attach Certificate Copy) अल्प आय वर्ग प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की साथ प्रति संलग्न करें)	Ration Card (Attach Copy) अनुपूर्विका कार्ड (प्रमाण पत्र की साथ प्रति संलग्न करें)	Any Other Satisfactory अन्य कोई प्रमाण
--	--	---	--

"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE:

सहायता हेतु दिने लक्ष्य विनियम का उद्देश्य:

Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached रोगाणुजा/दवाखुर से जारी की गई प्रमाणित सूची संलग्न
1	Diagnosis RE Cataract LE Cataract
2	Surgery LE Cataract + P.C.T.

ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES

इस उद्देश्य के हेतु कोई अन्य सहायता किसे अन्य स्रोत से प्राप्त हो?

Sr. No. क्रम संख्या	NAME of OTHER SOURCE अन्य स्रोत का नाम	AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILED तो यह कितना राशि

