

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE

सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)

(स्वास्थ्य देखभाल)



Koshika
foundation
Building blocks of life

APPLICATION No. :

आवेदन संख्या :

B/0905/1838

APPLICATION DATE :

आवेदन तिथि

13/9/25

NAME of APPLICANT :

आवेदक का नाम

Sujatha

AGE-YEARS आयु-वर्ष

55

SEX लिंग

F

FATHER'S/SPOUSE'S NAME :

पिता/पति का नाम

S/o Nanchisappa

PRESENT RESIDENCE ADDRESS वर्तमान निवास का पता

Bidarakote, Hastane Taluk, Hange
Karnataka

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS : स्थायी निवास का पता

pre op post op
1838 Sujatha

OCCUPATION :

व्यवसाय

Home maker

MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)

TOTAL ANNUAL INCOME :

कुल वार्षिक आय

(Attach Proof of Income)

(आय का प्रमाण प्रस्तुत करें)

PAN No. स्थायी आय का संकेत

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

क्या आप आय का दाता हैं (जो मान्य हो उसे 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

BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable)

सहायता के लिए विवक्षित आधार

BPL Card (Attach Card Copy) गरीबी रेशा की प्रमाण प्रत (प्रमाण पत्र की प्रत जोड़ने की आवश्यकता है)	EWS Certificate (Attach Certificate Copy) अल्प आय वर्ग की प्रमाण प्रत (प्रमाण पत्र की प्रत जोड़ने की आवश्यकता है)	Ration Card (Attach Copy) रसदानी कार्ड (प्रमाण पत्र की प्रत जोड़ने की आवश्यकता है)	Any Other Basis/Proof अन्य कोई प्रमाण
--	--	---	---

"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE:

सहायता हेतु किए जाने विवक्षित का उद्देश्य:

Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached असमर्थता/प्रीस्क्रिप्शन से जुड़ी की गई प्रमाणित प्रतों का संलग्न
1)	Diagnosis Pt. Cataract Lt. Cataract
2)	Surgery Pt. Cataract + IOL

ASSISTANCE BEING AWAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES

इस उद्देश्य के हेतु कोई अन्य सहायता किसी अन्य स्रोत से मिल चुका है?

Sr. No. क्रम संख्या	NAME of OTHER SOURCE अन्य स्रोत का नाम	AMOUNT of ASSISTANCE BEING AWAILED कोई नई सहायता नहीं

