

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE

सहायता हेतु आवेदन प्रकरण

(Healthcare)

(स्वास्थ्य देखभाल)



Koshika

Foundation

Building Block of Life

APPLICATION No.:

आवेदन संख्या

B/0915/1850

APPLICATION DATE:

आवेदन तिथि

16/9/25

NAME of APPLICANT:

आवेदक का नाम

Parvathamma

AGE-YEARS

वर्ष-वर्ष

46

SEX

लिंग

F

FATHER'S/SPOUSE'S NAME:

पिता/पति का नाम

PRESENT RESIDENCE ADDRESS

वर्तमान निवास पता

Vivekananda Road, Thiruvottai, Rangaiah

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS

स्थायी निवास पता

Kannur


 pre-op post-op
 1850 - parvathamma

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. (यदि प्राप्त हो तो)

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

क्या आप आय करदाता हैं? (जो लागू हो उसे 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 संबंध

BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable)

सहायता के लिए निम्न आधार

BPL Card (Attach Card Copy) गरीबी रेशन के नीचे प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की प्रतिलिपि संलग्न करें)	EWS Certificate (Attach Certificate Copy) आय आय वर्ग प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की प्रतिलिपि संलग्न करें)	Ration Card (Attach Card Copy) उपभोग्य कार्ड (प्रमाण पत्र की प्रतिलिपि संलग्न करें)	Any Other Basic Proof अन्य कोई प्रमाण
--	--	--	---

"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE

सहायता हेतु किसे पत्र लिखी का उद्देश्य:

Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached अवस्थापन/प्रीस्क्रिप्शन से जोड़ी की गई प्रतिलिपि संलग्न
05	Diagnosis:- Rt - cataract Lt - cataract
29	Surgery:- Rt - cataract + p. u. d.

ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES

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

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

