

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE

सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)

(स्वास्थ्य देखभाल)



Koshika
foundation
Building Stock of Life

APPLICATION No. :

आवेदन संख्या :

B/0925/1851

APPLICATION DATE :

आवेदन तिथि

16/9/25

NAME of APPLICANT :

आवेदक का नाम

Gowamma

AGE-YEARS हो-वर्ष

70

SEX लिंग

F

FATHER/SPOUSE'S NAME :

पिता/पत्नी का नाम

Shri. Muralappa

PRESENT RESIDENCE ADDRESS : वर्तमान निवास पता

Harnadabelli mallas (A) Kolar (D)

Karnataka

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS : स्थायी निवास पता

ee



AKOP - part of
1851 - Gowamma

OCCUPATION :

व्यवसाय

Home Maker

MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)

TOTAL ANNUAL INCOME :

कुल वार्षिक आय

(Attach Proof of Income)

(आय का सबूत संलग्न करें)

PAN No. जारी किया गया है

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

क्या आप आय का दाता हैं (को जोड़ें जो इस पर सही का विवरण बताए)

Yes / No

हां / नहीं

FAMILY DETAILS : परिवार विवरण

Sl. No. क्रम संख्या	Name of Family Member परिवार के सदस्यों का नाम	Age (Years) उम्र (वर्ष)	Gender लिंग	Relation with Applicant आवेदक से संबंध
1	Chinnappa	81	m	Husband

BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable)

सहायता के लिए निम्न वित्ति आधार

RPL Card (Attach Card Copy) पोसी रोज़ के दोसे इकाय पर (इकाय पर की काल प्रति संलग्न करें)	EWS Certificate (Attach Certificate Copy) अल्प आय वर्ग इकाय पर (इकाय पर की काल प्रति संलग्न करें)	Ration Card (Attach Copy) उपभोग्य कार्ड (इकाय पर की काल प्रति संलग्न करें)	Any Other Basis/Proof अन्य कोई सबूत
---	--	---	---

"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE:

सहायता हेतु किसे एवं किससे का उद्देश्य:

Sl. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached अस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई प्रतिवेदन/पुष्टि संलग्न
1	Diagnosis - RE - cataract IE - cataract
2	Surgery - IE - cataract + p. card

ASSISTANCE BEING AWAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES

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

Sl. No. क्रम संख्या	NAME of OTHER SOURCE अन्य स्रोत का नाम	AMOUNT of ASSISTANCE BEING AWAILED तो यह सहायता कितनी

