

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE

सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)

(स्वास्थ्य देखभाल)



Koshika
Foundation
Building block of life.

APPLICATION No.:

आवेदन संख्या:

B/0925/1860

APPLICATION DATE:

आवेदन तिथि

16/9/25

NAME of APPLICANT:

आवेदक का नाम

Lakshimamma

AGE-YEARS आयु-वर्ष

56

SEX लिंग

F

FATHER/SPOUSE'S NAME:

पिता/पति का नाम

Late Ramachandrashetty

Brahmakatti

Matur (H)

Kolar (H)

Katrakatta

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS: स्थायी निवास पता

Katrakatta



prop - partop
1860 - Lakshimamma

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)

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

क्या आप आय कर दाता हैं (जो बंद हो उस पर तिक चिह्न लगाएं):

Yes (हाँ)

No (नहीं)

FAMILY DETAILS परिवार विवरण

Sl. No. क्रम संख्या	Name of Family Member परिवार के सदस्य का नाम	Age (Years) उम्र (वर्ष)	Gender लिंग	Relation with Applicant आवेदक से संबंध
1	Rajukha	24	M	Son

BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable)

आवेदन के लिये विधि आधार

☒ BPL Card (Attach Card Copy) गरीबी रेषा के नीचे आय का (आय का जो सबूत प्रमाणित करें)	☒ EWS Certificate (Attach Certificate Copy) आय आय वर्ग आय का (आय का जो सबूत प्रमाणित करें)	☒ Ration Card (Attach Copy) अनुदान कार्ड (आय का जो सबूत प्रमाणित करें)	☒ Aaj Other Basis/Proof आय कोई प्रमाण
---	---	---	---

"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE

सहायता हेतु किसे लाने किसी का इरादा:

Sl. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached रोगाणु/प्रीस्क्रिप्शन से जोड़ी की गई प्रमाणित सूची प्रमाण
1	Diagnosis - RE - Cataract 2E - Cataract
2	Surgery - RE - Cataract + ptol

ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES

इस इरादे के हेतु कोई अन्य सहायता किसे अन्य उद्देश्य से मिल चुका है?

Sl. No. क्रम संख्या	NAME of OTHER SOURCE अन्य स्रोत का नाम	AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILED जो लाने का प्रमाणित करें

