

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE

सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)

(स्वास्थ्य देखभाल)



Koshika
Foundation
Building block of life

APPLICATION No. :

अवेदन संख्या :

B/0925/1881

APPLICATION DATE :

अवेदन तिथि

19/9/25

NAME of APPLICANT :

अवेदन का नाम

Nanijamma

AGE/YEARS

वर्ष

70

SEX

लिंग

F

FATHER/SPOUSE'S NAME :

पिता/पति का नाम

N/o Siddaiah

PRESENT RESIDENCE ADDRESS

वर्तमान निवास पता

Belatowadi

malavalli (B)

mandya (A)

Karnataka

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS

स्थायी निवास पता

to



pre op - post op
1881 - Nanijamma

OCCUPATION :

व्यवसाय

Home maker

MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)

TOTAL ANNUAL INCOME :

कुल वार्षिक आय

(Attach Proof of Income)

(आय का प्रमाण संलग्न करें)

PAN No. (आय कर संख्या)

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

क्या आप आय करदाता हैं? (जो सत्य हो उस पर 'X' का चिह्न लगाएं)

Yes / No

हाँ / नहीं

FAMILY DETAILS (परिवार विवरण)

Sr. No. क्रम संख्या	Name of Family Member परिवार के सदस्यों का नाम	Age (Years) वय (वर्ष)	Gender लिंग	Relation with Applicant अवेदन के साथ संबंध
1	Siddaiah	50	M	Husband

BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable)

सहायता के लिए किसी आधार

BPL Card (Attach Card Copy) बीपीएल कार्ड का प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की प्रतिलिपि संलग्न करें)	EWS Certificate (Attach Certificate Copy) एड्स एन सी प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की प्रतिलिपि संलग्न करें)	Rajeev Card (Attach Copy) राजिव कार्ड (प्रमाण पत्र की प्रतिलिपि संलग्न करें)	Any Other Basis/Proof अन्य कोई आधार
---	--	---	---

"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE

सहायता हेतु किसे लगे किसी का उद्देश्य:

Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached आपस/डॉक्टर से जारी की गई प्रतिलिपि सूची संलग्न
1	Diagnosis:- RE - cataract LE - p.c.c.
2	Surgery:- RE - cataract + p.c.c.

ASSISTANCE BEING AWARDED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES

इस उद्देश्य के हेतु कौन अन्य सहायता किसी अन्य स्रोत से लिया गया है?

Sr. No. क्रम संख्या	NAME of OTHER SOURCE अन्य स्रोत का नाम	AMOUNT of ASSISTANCE BEING AWARDED कौन कौन सहायता लगी

