

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE

सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)

(स्वास्थ्य देखभाल)



Koshika
foundation
Building Block of Life

APPLICATION No. :

आवेदन क्रमांक :

R/0925/1893

APPLICATION DATE :

आवेदन तिथि

19/9/25

NAME of APPLICANT :

आवेदक का नाम

Chikethayamer

AGE-YEARS

वर्ष-वर्ष

57

SEX

F

FATHER/SPOUSE'S NAME :

पिता/पत्नी का नाम

Dr. Chikethayamer

PRESENT RESIDENCE ADDRESS

वर्तमान निवास पता

Kondamangala

Matalali (S)

Mandya (S)

Kalyanali

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS

स्थायी निवास पता

Mandya (S)

OCCUPATION :

व्यवसाय

Home maker

MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)

TOTAL ANNUAL INCOME :

कुल वार्षिक आय

(Attach Proof of Income)

(आय का प्रमाण प्रस्तुत करें)

*IN No. 2500/2000

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

क्या आप आय करदाता हैं (जो पद को उस पर चिह्न का निशान लगाएं)

Yes / No

हाँ / नहीं

FAMILY DETAILS

परिवार विवरण

Sr. No.

क्रम संख्या

Name of Family Member

परिवार के सदस्य का नाम

Age (Years)

उम्र (वर्ष)

Gender

लिंग

Relation with Applicant

आवेदक के साथ संबंध

BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable):

सहायता के लिए निम्नलिखित आधार

BPS Card

(Attach Card Copy)

गोपनीय कार्ड का प्रमाण प्रस्तुत करें

(प्रमाण प्रस्तुत करने पर चिह्न लगाएं)

BWS Certificate

(Attach Certificate Copy)

आय कर प्रमाण प्रस्तुत करें

(प्रमाण प्रस्तुत करने पर चिह्न लगाएं)

Ration Card

(Attach Card Copy)

उपभोग्य कार्ड

(प्रमाण प्रस्तुत करने पर चिह्न लगाएं)

Any Other

Basis/Proof

अन्य कोई प्रमाण

"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE:

सहायता हेतु निम्नलिखित उद्देश्य:

Sr. No.

क्रम संख्या

Medical Reports/Prescriptions Attached

वैद्यकीय रिपोर्ट/प्रीस्क्रिप्शन प्रमाण प्रस्तुत करें

15

Diagnosis RE - Cataract

LE - Cataract

08

Surgery LE - Cataract + p.p.s.

ASSISTANCE BEING AWARDED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES

इस उद्देश्य के लिए 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 AWARDED

जो प्राप्त किया गया है

