

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE
सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)
(स्वास्थ्य देखभाल)

Koshika
foundation
Building block of life.

APPLICATION No. /
आवेदन संख्या : 8/0925/1898

APPLICATION DATE /
आवेदन तिथि

NAME of APPLICANT /
आवेदक का नाम Thimmegonda

AGE/YEARS आयु-वर्ष 70

SEX लिंग M

FATHER'S/SPOUSE'S NAME /
पिता/पत्नी का नाम St. Siddhagonda

PRESENT RESIDENCE ADDRESS /
वर्तमान निवासी पता

Kundur

malavalli

(D)

mandya (H)

Karnataka

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS /
स्थायी निवासी पता



pre op - post op
1898 - Thimmegonda

OCCUPATION /
व्यवसाय unemployed

MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)

TOTAL ANNUAL INCOME /
कुल वार्षिक आय

(Attach Proof of Income)
(आय का प्रमाण संलग्न करें)

TIN No. (यदि प्राप्त हो)

ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable):
क्या आप आय करदाता हैं? (जो मान्य हो उसे या नहीं का चिह्न लगाएं)

Yes / No
हां / 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
1	Chandamma	55	F	Wife

BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable):
सहायता के लिए कितने आधार

☒ EPL Card (Attach Card Copy) राष्ट्रीय सेवा के लिए 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 Copy) राशन कार्ड (प्रमाण पत्र की प्रतिलिपि संलग्न करें)	☐ Any Other Basis/Proof अन्य कोई प्रमाण
---	--	--	--

"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE:
सहायता हेतु किसे जाने किसी का उद्देश्य:

Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached आयुर्वेद/प्रीस्क्रिप्शन संलग्न
1	Diagnosis - RE - cataract 16 cataract
2	Diagnosis - RE - cataract + pterid

ASSISTANCE BEING AWARDED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES
इस उद्देश्य के हेतु कहीं अन्य सहायता किसी अन्य स्रोत से मिल चुकी है?

Sr. No. क्रम संख्या	NAME of OTHER SOURCE अन्य स्रोत का नाम	AMOUNT of ASSISTANCE BEING AWARDED जो मदद मिल चुकी है

