

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE (सहायता हेतु आवेदन प्रारूप)		(Healthcare) (स्वास्थ्य देखभाल)		 Koshika foundation <i>Building health of life</i>	
APPLICATION No.: आवेदन संख्या		8/0925/1901		APPLICATION DATE: दिनांक	
				19/9/25	
NAME of APPLICANT: आवेदक का नाम		Tabeen Taj		AGE-YEARS माता-पिता	SEX लिंग
				58	F
FATHER/SPOUSE'S NAME: पिता/पत्नी का नाम					
N/o Aslam Pasha					
PRESENT RESIDENCE ADDRESS: गाँव/शहर का पता					
Durgam Cheruvu, Malleshwari, Bangalore					
Karnataka					
PERMANENT RESIDENCE ADDRESS: स्थायी निवास का पता					
OCCUPATION: व्यवसाय			How make		
TOTAL ANNUAL INCOME: कुल वार्षिक आय			☒ MARRIED (विवाहित) / ☐ UNMARRIED (अविवाहित) (Attach Proof of Income) (आय का प्रमाण संलग्न करें)		
PAN No.: आय का पहचान संख्या					
☒ IF YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable): यदि आप आय का दाता हैं (जो मान्य हो उस पर तिकी का चिह्न लगाएं)					
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 क्या संबंध	
BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable) सहायता के लिए किसी आधार					
☒ BPL Card (Attach Card Copy) गरीबी रेश की प्रमाण प्रत (प्रमाण पत्र की साथ ही संलग्न करें)		☐ BWS Certificate (Attach Certificate Copy) अन्य आय वर्ग प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की साथ ही संलग्न करें)		☐ Ration Card (Attach Card Copy) उपभोक्ता कार्ड (प्रमाण पत्र की साथ ही संलग्न करें)	
☒ Any Other Basis/Proof अन्य कोई प्रमाण					
"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE: सहायता हेतु निम्न पदों किसी का उद्देश्य:					
Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached आयुर्वेद/प्रीस्क्रिप्शन से जारी की गई प्रमाणित सूची संलग्न				
1	Diagnosis - RE - Cataract				
	SE - Prol				
2	Surgeons - RE - Cataract + Prol				
ASSISTANCE BEING AWAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES इस उद्देश्य के हेतु कोई अन्य सहायता किसी अन्य स्रोत से मिली क्या है?					
Sr. No. क्रम संख्या	NAME of OTHER SOURCE अन्य स्रोत का नाम		AMOUNT of ASSISTANCE BEING AWAILED जी गई सहायता राशि		

