

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE (सहायता हेतु आवेदन प्रारूप)		(Healthcare) (स्वास्थ्य देखभाल)		 Koshika foundation Building Health of life																																																			
APPLICATION No. / आवेदन संख्या : B/0925/1903		APPLICATION DATE / अर्जन तिथि : 20/9/25		 pre-op - post-op 1903 - Kavolappa																																																			
NAME of APPLICANT / आवेदक का नाम : Kavalappa		AGE-YEARS / आयु वर्ष : 75				SEX / लिंग : m																																																	
FATHER'S/SPOUSE'S NAME / पिता/पत्नी का नाम : S/O Soddappa		PRESENT RESIDENCE ADDRESS / वर्तमान निवास : Doddanagalli, Gajamuddanahalli, Tumkur (K)				PERMANENT RESIDENCE ADDRESS / स्थायी निवास : Kalrahalu																																																	
OCCUPATION / व्यवसाय : unemployed		MARRIED (Yes/No) / UNMARRIED (Yes/No) : Yes (Yes/No)				TOTAL ANNUAL INCOME / वार्षिक आय : (Attach Proof of Income)																																																	
PAN No. / पैन संख्या : (Attach Copy)		ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable) : Yes / No				FAMILY DETAILS / परिवार विवरण																																																	
<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th>Sr. No. / क्रम संख्या</th> <th>Name of Family Member / परिवार के सदस्य का नाम</th> <th>Age (Years) / उम्र (वर्ष)</th> <th>Gender / लिंग</th> <th>Relation with Applicant / आवेदक से संबंध</th> </tr> </thead> <tbody> <tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr> </tbody> </table>						Sr. No. / क्रम संख्या	Name of Family Member / परिवार के सदस्य का नाम	Age (Years) / उम्र (वर्ष)	Gender / लिंग	Relation with Applicant / आवेदक से संबंध																																													
Sr. No. / क्रम संख्या	Name of Family Member / परिवार के सदस्य का नाम	Age (Years) / उम्र (वर्ष)	Gender / लिंग	Relation with Applicant / आवेदक से संबंध																																																			
BASES for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable) आधारों में से किसी एक या अधिक को चिह्नित करें																																																							
☒ Card (Attach Card Copy) राष्ट्रीय रक्त बैंक की पोली प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की प्रतिलिपि संलग्न करें)		☐ EWS Certificate (Attach Certificate Copy) आय वर्ग एवं आय पत्र (प्रमाण पत्र की प्रतिलिपि संलग्न करें)		☐ Ration Card (Attach Copy) उपभोक्ता कार्ड (प्रमाण पत्र की प्रतिलिपि संलग्न करें)																																																			
☐ Any Other Basis/Proof अन्य कोई प्रमाण																																																							
"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE: सहायता हेतु किसे लक्ष्य किया जा रहा है:																																																							
<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th>Sr. No. / क्रम संख्या</th> <th>Medical Reports/Prescriptions Attached / स्वास्थ्य/प्रीस्क्रिप्शन में चर्चा की गई प्रक्रियाएं सूचीबद्ध करें</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>1</td> <td>Diagnosis :- Rt. Cataract</td> </tr> <tr> <td>2</td> <td>Diagnosis :- Lt. Cataract</td> </tr> <tr> <td>3</td> <td>Surgery :- Rt. Cataract + Pseud</td> </tr> </tbody> </table>						Sr. No. / क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached / स्वास्थ्य/प्रीस्क्रिप्शन में चर्चा की गई प्रक्रियाएं सूचीबद्ध करें	1	Diagnosis :- Rt. Cataract	2	Diagnosis :- Lt. Cataract	3	Surgery :- Rt. Cataract + Pseud																																										
Sr. No. / क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached / स्वास्थ्य/प्रीस्क्रिप्शन में चर्चा की गई प्रक्रियाएं सूचीबद्ध करें																																																						
1	Diagnosis :- Rt. Cataract																																																						
2	Diagnosis :- Lt. Cataract																																																						
3	Surgery :- Rt. Cataract + Pseud																																																						
ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES इस उद्देश्य के लिए कोई अन्य सहायता किसी अन्य स्रोत से प्राप्त हुई है?																																																							
<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th>Sr. No. / क्रम संख्या</th> <th>NAME of OTHER SOURCE / अन्य स्रोत का नाम</th> <th>AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILED / लक्ष्य की गई सहायता राशि</th> </tr> </thead> <tbody> <tr><td> </td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td></tr> </tbody> </table>						Sr. No. / क्रम संख्या	NAME of OTHER SOURCE / अन्य स्रोत का नाम	AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILED / लक्ष्य की गई सहायता राशि																																															
Sr. No. / क्रम संख्या	NAME of OTHER SOURCE / अन्य स्रोत का नाम	AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILED / लक्ष्य की गई सहायता राशि																																																					

