

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE

(Healthcare)

(स्वास्थ्य देखभाल)



Koshika

foundation

Building Trust of Life

APPLICATION No.

आवेदन संख्या :

B/0925/1908

APPLICATION DATE

आवेदन तिथि

20/9/25

NAME of APPLICANT

आवेदन करने वाले का नाम

Sakamma

AGE-YEARS वर्ष-वर्ष

70

SEX लिंग

F

FATHER'S/SPOUSE'S NAME

पिता/पत्नी का नाम

Hlo chowclappa

PRESENT RESIDENCE ADDRESS

वर्तमान निवास पता

Machikunda Thandaball (4)

Chikkaballanur Kattotale

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS

स्थायी निवास पता

OCCUPATION

व्यवसाय

Home maker.

MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)

TOTAL ANNUAL INCOME

कुल वार्षिक आय

(Attach Proof of Income)

(आय का सबूत संलग्न करें)

PAN No. पैन नंबर संख्या

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

आम आय करदाता हैं (जो बाएं की ओर या दाईं का विकल्प उपयुक्त है)

Yes / No

हां / 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 आवेदक से संबंध
1	chitta chowclappa	67	m	Husband

BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable)

आवेदन के लिए किसी आधार

☒ BPL Card (Attach Card Copy) गरीबी रेषा के नीचे आय पर (आय पर की जांच की जांच करें)	☐ EWS Certificate (Attach Certificate Copy) आय आय की आय पर (आय पर की जांच की जांच करें)	☐ Ration Card (Attach Copy) आवेदन कार्ड (आय पर की जांच की जांच करें)	☐ Any Other Basis/Proof अन्य कोई सबूत
--	---	--	--

"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE

आवेदन हेतु किए जाने किसी का उद्देश्य:

Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached आयुर्वेदिक/प्रीस्क्रिप्शंस में जोड़ी की गई प्रमाणित प्रती
1	Diagnosis - RE - Cataract
2	Diagnosis - RE - Cataract
3	Diagnosis - RE - Cataract + p.c.d.

ASSISTANCE BEING AWARDED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES

इस उद्देश्य के लिए कोई अन्य सहायता किसी अन्य स्रोत से प्राप्त हो रही है?

Sr. No. क्रम संख्या	NAME of OTHER SOURCE अन्य स्रोत का नाम	AMOUNT of ASSISTANCE BEING AWARDED तो यह सहायता पुरा



pu op - post op
1908 - Sakamma

