

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE

सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)

(स्वास्थ्य देखभाल)



Koshika
Foundation
Building Block of life

APPLICATION No. आवेदन संख्या :	B/0923/1910	APPLICATION DATE आवेदन तिथि :	20/9/25
NAME OF APPLICANT आवेदन की ओर	B. Saroja	AGE/YEARS (वर्ष)	57
		SEX (लिंग)	F
FATHER'S/SPOUSE'S NAME पिता/सहोदर का नाम	N/A Balaraj		
PRESENT RESIDENCE ADDRESS (वर्तमान निवास का पता)			
Bhavankumar nagari Rangalore karnataka			
PERMANENT RESIDENCE ADDRESS (स्थायी निवास का पता)			



pu op - post-op
1910 - B. Saroja

OCCUPATION व्यवसाय	Home maker	MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)	
TOTAL ANNUAL INCOME कुल वार्षिक आय		(Attach Proof of Income) (आय का प्रमाण संलग्न करें)	
PAN No. (यदि प्राप्त हो)			
ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable): आप आय करदाता हैं (जो मानें 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 आवेदन की ओर संबंध

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

☒ BPL Card (Attach Card Copy) गरीबी रेषा के नीचे आय का (आय का नीचे रेषा नीचे आय का)	☐ BWS Certificate (Attach Certificate Copy) आय का नीचे आय का (आय का नीचे आय का)	☐ Ration Card (Attach Card Copy) आय का नीचे आय का (आय का नीचे आय का)	☐ Any Other Basis/Proof आय का नीचे आय का
--	---	--	---

"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE:
सहायता हेतु किस लक्ष्य के लिए

Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached आय का नीचे आय का
10	Diagnosis - Rb. cataract LE cataract
09	Surgery - LE cataract + pibal

ASSISTANCE BEING AWARDED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES
इस उद्देश्य के लिए कोई अन्य सहायता किसी अन्य स्रोत से प्राप्त है?

Sr. No. क्रम संख्या	NAME of OTHER SOURCE आय का नीचे आय का	AMOUNT of ASSISTANCE BEING AWARDED नीचे सहायता का

