

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE

सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)

(स्वास्थ्य देखभाल)



Koshika
foundation
Building More of life

APPLICATION No.:

आवेदन क्रमांक :

B/0925/1911

APPLICATION DATE:

आवेदन तिथि

22/9/25

NAME of APPLICANT:

आवेदक का नाम

Padmamma

AGE-YEARS मनुष्य वर्ष

70

SEX लिंग

F

FATHER'S/SPOUSE'S NAME:

पिता/पति का नाम

N/A Seethappa

PRESENT RESIDENCE ADDRESS: वर्तमान निवास पता

Gandamga (Vijaya) Ankal Road.

Chandapura Bangalore

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS: स्थायी निवास पता



pre-op - post-op
1911 - padmamma

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):

Yes / NO

हां / नहीं

आप आय करदाता हैं (जो लागू हो उसे चिह्नित करें)।

FAMILY DETAILS: परिवार विवरण

Sr. No. क्रम संख्या	Name of Family Member परिवार के सदस्य का नाम	Age (Years) वय (वर्ष)	Gender लिंग	Relation with Applicant आवेदक से संबंध

BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable)

सहायता के लिए निम्न कारण

☒ BPL Card (Attach Card Copy) पोषी रेशु के नीचे प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की प्रतिलिपि संलग्न करें)	☐ EWS Certificate (Attach Certificate Copy) आय और वर्ग प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की प्रतिलिपि संलग्न करें)	☒ Aged Card (Attach Copy) उम्र प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की प्रतिलिपि संलग्न करें)	☐ Any Other Basis/Proof अन्य कोई प्रमाण
---	---	--	--

"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE:

सहायता हेतु निम्न कारण दिखाने का उद्देश्य।

Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached अनुसंधान/प्रीस्क्रिप्शन से संबंधित कोई भी डॉक्टर/प्रतिवेदन संलग्न करें
1	Diagnosis - RE - Cataract AC - Prol
2	Surgery - RE - Cataract + Prol.

ASSISTANCE BEING AWARDED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES

इस उद्देश्य के हेतु कोई अन्य सहायता किसी अन्य स्रोत से मिल चुका है।

Sr. No. क्रम संख्या	NAME of OTHER SOURCE अन्य स्रोत का नाम	AMOUNT of ASSISTANCE BEING AWARDED कोई भी सहायता राशि

