

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE

सहायता हेतु आवेदन फार्म

(Healthcare)

(स्वास्थ्य देखभाल)



Koshika
Foundation
Building Health of life

APPLICATION No.

आवेदन नं.

B/0925/1925

APPLICATION DATE

आवेदन तिथि

23/9/25

NAME of APPLICANT

आवेदन का नाम

Gowramma

AGE-YEARS आयु-वर्ष

75

SEX लिंग

F

FATHER/SPOUSE'S NAME

पिता/सहोदर का नाम

W/O Nandappa

PRESENT RESIDENCE ADDRESS वर्तमान निवास पता

Pradaga

Dondaithekkere

Tumbal

Kallatole

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS स्थायी निवास पता

Kallatole

OCCUPATION

व्यवसाय

+low market

MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)

TOTAL ANNUAL INCOME

कुल वार्षिक आय

(Attach Proof of Income)

(आय का प्रमाण प्रमाण)

PAN No. पैन नं.

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

क्या आप आय कर दाता हैं (को जहाँ से हो उस पर चिह्न लगाएं)

Yes / No

हां / नहीं

FAMILY DETAILS परिवार विवरण

Sr. No. क्र. सं.	Name of Family Member परिवार के सदस्य का नाम	Age (Years) उम्र (वर्ष)	Gender लिंग	Relation with Applicant आवेदन के साथ संबंध
1	Nandappa	82	M	Husband

BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable)

आवेदन के लिए निम्न कारण

BPL Card (Attach Card Copy) गरीबी रेशन के नीचे आता है (प्रमाण पत्र की प्रतिलिपि संलग्न करें)	EWS Certificate (Attach Certificate Copy) आय आय वर्ग प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की प्रतिलिपि संलग्न करें)	Ration Card (Attach Copy) राशनकार्ड कार्ड (प्रमाण पत्र की प्रतिलिपि संलग्न करें)	Any Other Basis/Proof अन्य कोई प्रमाण
---	--	---	---

"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE:

सहायता हेतु किसे एवं किससे का उद्देश्य

Sr. No. क्र. सं.	Medical Reports/Prescriptions Attached अवस्थापन/प्रातिफल से जारी की गई उद्देश्य प्रमाण
1	Diagnosis - RE - cataract
2	RE - cataract
3	Surgery - RE - cataract + p.c.d.

ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES

इस उद्देश्य के हेतु कोई अन्य सहायता किसे अन्य स्रोत से प्राप्त हो?

Sr. No. क्र. सं.	NAME of OTHER SOURCE अन्य स्रोत का नाम	AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILED तो वह सहायता (रु.)



PL op - part op
1925-Gowrama

