

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE

सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)

(स्वास्थ्य देखभाल)



Koshika
foundation
Building block of life

APPLICATION No.

आवेदन संख्या :

B/0925/1928

APPLICATION DATE

आवेदन तिथि

23/9/25

NAME of APPLICANT

आवेदक का नाम

H.S. Ronekappa

AGE/YEARS

वर्ष

44

SEX

म

FATHER/SPOUSE'S NAME

पिता/पत्नी का नाम

S/o Soddalingappa

PRESENT RESIDENCE ADDRESS

वर्तमान निवास पता

Hannavalli

Tiptur (K)

Kathrikote

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS

स्थायी निवास पता

Kathrikote

OCCUPATION

व्यवसाय

unemployed

MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)

TOTAL ANNUAL INCOME

कुल वार्षिक आय

(Attach Proof of Income)

(आय का प्रमाण प्रस्तुत करें)

PAN No. (यदि प्राप्त हो)

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

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

Yes / No

हाँ / नहीं

FAMILY DETAILS (परिवार विवरण)

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
1	Gargamma	62	F	Wife

BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable)

सहायता के लिए निम्न कारण

☒ RPI Card (Attach Card Copy) राष्ट्रीय रोजगार कार्ड का प्रमाण पत्र (अनुमति पत्र की प्रमाण प्रमाण पत्र)	☐ DRS Certificate (Attach Certificate Copy) डायग्नोस्टिक रजिस्ट्रार प्रमाण पत्र (अनुमति पत्र की प्रमाण प्रमाण पत्र)	☐ Ration Card (Attach Copy) राशन कार्ड का प्रमाण पत्र (अनुमति पत्र की प्रमाण प्रमाण पत्र)	☐ Any other Basis/Proof अन्य कोई प्रमाण
---	--	--	--

"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE

सहायता हेतु निम्न लक्ष्य का उद्देश्य:

Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached चिकित्सा/दवाइयों के बिलों की प्रमाण प्रमाण पत्र
1	Diagnosis - RE - cataract IE - cataract
2	Surgery - RE - cataract + pexid

ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES

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

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



pre op - post op
1928 - Ronekappa

