

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE सहायता हेतु आवेदन प्रारूप		(Healthcare) (स्वास्थ्य निपटारा)	Koshika foundation Balancing Budget & Life	
APPLICATION No.: आवेदन संख्या:		APPLICATION DATE: आवेदन तिथि:	 pic op - post op 1944 - Neelamma	
NAME OF APPLICANT: आवेदक का नाम		AGE-YEARS वर्ष-वर्ष		SEX लिंग
FATHER'S/SPOUSE'S NAME: पिता/हस्ताक्षर का नाम				
PRESENT RESIDENCE ADDRESS: वर्तमान निवास पते				
PERMANENT RESIDENCE ADDRESS: स्थायी निवास पते				
OCCUPATION: व्यवसाय		MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)		
TOTAL ANNUAL INCOME: कुल वार्षिक आय		(Attach Proof of Income) (आय का प्रमाण प्रस्तुत करें)		
PAN No. प्राप्त करने के लिए				
ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable): क्या आप एक आय करदाता हैं? (जो लागू हो उसे चिह्नित करें)				
Yes / MC 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	Ranganath	35	M	Son
BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable) सहायता के लिए किसी आधार				
NPC Card (Attach Card Copy) सीपी कार्ड का नक्का प्रदान करें (प्रमाण पत्र की कृपया प्रति जोड़ें)	EWS Certificate (Attach Certificate Copy) एनएस सी प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की कृपया प्रति जोड़ें)	Ration Card (Attach Copy) राशनकार्ड कार्ड (प्रमाण पत्र की कृपया प्रति जोड़ें)	Any Other Basis/Proof अन्य कोई प्रमाण	
PURPOSE for REQUESTING ASSISTANCE: सहायता हेतु बिंदु किसे मने किसी का उद्देश्य:				
Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached चिकित्सा/निर्देशिका में जारी की गई इतिहास सूची प्रदान करें			
1	Diagnosis - RE - peral RE - cataract			
2	Surgeon's report - cataract + peral			
ASSISTANCE BEING AVAILABLE for SAME PURPOSE from OTHER SOURCES इस उद्देश्य के हेतु अन्य सहायता किसी अन्य स्रोत से मिल रही है?				
Sr. No. क्रम संख्या	NAME of OTHER SOURCE अन्य स्रोत का नाम		AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILABLE की गई सहायता राशि	

