

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE

सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)

(स्वास्थ्य देखभाल)



Koshika
Foundation
Building Block of Life

APPLICATION No. :
आवेदन संख्या :

13/0925/1957

APPLICATION DATE :

आवेदन तिथि

25/9/25

NAME of APPLICANT :
आवेदक का नाम

Narayanagarda

AGE-YEARS आयु-वर्ष

40

SEX लिंग

M

FATHER/SPOUSE'S NAME :
पितृ/पत्न्य का नाम

S/o Channigegarda

PRESENT RESIDENCE ADDRESS वर्तमान निवास पता

Chikkaraballi Chikkaraballi

Ramarogale (D) Kalyanataka

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS : स्थायी निवास पता

ex



puc + p - post op

1957 - Narayanagarda

OCCUPATION :
व्यवसाय

unemployed

MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)

TOTAL ANNUAL INCOME :

कुल वार्षिक आय

(Attach Proof of Income)

(आय का प्रमाण प्रस्तुत करें)

PAN No. : आय का आयकर संख्या

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

यदि आप आयकर कादा हैं (जो लागू हो उसे चिह्नित करें)

Yes / No
हां / 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	ganesh	56	F	mtj

BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable)

सहायता की निम्न वित्ति आधार

BPL Card (Attach Card Copy) गरीबी रखा के नीचे प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की प्रतिलिपि जोड़ें)	EWS Certificate (Attach Certificate Copy) आय आय वर्ग प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की प्रतिलिपि जोड़ें)	Rajshahi Card (Attach Copy) राजशाही कार्ड (प्रमाण पत्र की प्रतिलिपि जोड़ें)	Any Other Basis/Proof अन्य कोई प्रमाण
--	---	--	---

"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE:

सहायता हेतु किसे लक्ष्य निम्न का उद्देश्य:

Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached अनुसंधान/प्रीति से जारी की गई प्रमाणित दवा प्रमाण
1	Diagnosis - RE - cataract IE - cataract
2	Surgery - IE - cataract + p.rol

ASSISTANCE BEING AWARDED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES

इस उद्देश्य के हेतु कोई अन्य सहायता किसे अन्य स्रोत से प्राप्त प्राप्त करें

Sr. No. क्रम संख्या	NAME of OTHER SOURCE अन्य स्रोत का नाम	AMOUNT of ASSISTANCE BEING AWARDED जो प्राप्त प्रमाणित करें

