

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE

सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)

(स्वास्थ्य देखभाल)

Koshika
foundation

Building blocks of life

APPLICATION No.:

आवेदन संख्या:

B/0925/1981

APPLICATION DATE:

आवेदन तिथि

26/9/25

NAME of APPLICANT:

आवेदन का नाम

Veerupakshappa mental

AGE-YEARS

वर्ष-वर्ष

62

SEX

लिंग

M

FATHER/SPOUSE'S NAME:

पिता/पत्नी का नाम

S/o Pampanna

PRESENT RESIDENCE ADDRESS

वर्तमान निवास पता

Kattihole

Bagallot

gubalgudda

Kattihole

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS

स्थायी निवास पता



Pre-op - post-op

1981 - Veerupakshappa mental

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 कर दाता हैं? (हाँ/नहीं में से एक को 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 आवेदन के साथ संबंध

BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable)

आवेदन के लिए निम्न कारण

BPL Card (Attach Card Copy) पोषी कार्ड का प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की प्रतिलिपि संलग्न करें)	EWS Certificate (Attach Certificate Copy) आय वर्ग का प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की प्रतिलिपि संलग्न करें)	Ration Card (Attach Card Copy) उपभोग्य कार्ड (प्रमाण पत्र की प्रतिलिपि संलग्न करें)	Any Other Data/Proof अन्य कोई प्रमाण
---	--	--	--

"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE:

सहायता हेतु किसे मने निम्न का उद्देश्य:

Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached आयुर्वेदिक/चिकित्सा प्रमाण पत्र
1x	Diagnosis - RE - cataract RE cataract
2x	Surgery - RE - cataract + p.c.d.

ASSISTANCE BEING AWAIRED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES

इस उद्देश्य के हेतु कोई अन्य सहायता किसे अन्य स्रोतों से प्राप्त हुई है?

Sr. No. क्रम संख्या	NAME of OTHER SOURCE अन्य स्रोत का नाम	AMOUNT of ASSISTANCE BEING AWAIRED सी गई सहायता राशि

