

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE सहायता हेतु आवेदन प्रारूप		(Healthcare) (आरोग्य देखभाल)		 Koshika foundation Building trust of life.	
APPLICATION No.: आवेदन क्रमांक :		13/0925/1999		APPLICATION DATE: आवेदन तिथि : 26/9/20	
NAME OF APPLICANT: अर्पिका का नाम		Kempamma		AGE-YEARS आयु-वर्ष	SEX लिंग
				80	F
FATHER'S/SPOUSE'S NAME: पिता/हस्ताक्षर का नाम					
Yalabelligunta					
PRESENT RESIDENCE ADDRESS: वर्तमान निवासस्थान पर					
T. Tarnahalli, Ningsanagla, Mysore Karnataka					
PERMANENT RESIDENCE ADDRESS: स्थायी निवासस्थान पर					
OCCUPATION / व्यवसाय : Homemaker				MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)	
TOTAL ANNUAL INCOME : कुल वार्षिक आय				(Attach Proof of Income) (आय का प्रमाण संलग्न करें)	
PAN No. जारी खाते संख्या					
DO YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable): क्या आप आय कर दाता हैं? (जो लागू हो उस पर तिकी का चिह्न लगाएं):					
Yes / No हाँ / नहीं					
FAMILY DETAILS परिवार विवरण					
Sr. No. क्रम संख्या	Name of Family Member परिवार के सदस्यों का नाम	Age (Years) उम्र (वर्ष)	Gender लिंग	Relation with Applicant अर्पिका से संबंध	
1	Raja	51	M	Son	
 BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable) सहायता के लिए किसी आधार					
☒ BPL Card (Attach Card Copy) राशन कार्ड के साथ प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की छापीली संलग्न करें)		☐ EWS Certificate (Attach Certificate Copy) जन जन कट प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की छापीली संलग्न करें)		☐ Ration Card (Attach Copy) उपभोजन कार्ड (प्रमाण पत्र की छापीली संलग्न करें)	
☒ Any Other Basis/Proof अन्य कोई प्रमाण					
"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE: सहायता हेतु किसे मांगे दिशों का उद्देश्य:					
Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached आयुर्वेद/टीका के साथ की गई डॉक्टर की पर्ची				
1	Diagnosis TE - Cataract LE - PCICL				
2	Surgery RE CAT + PCICL				
ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES इस उद्देश्य के हेतु कहीं अन्य सहायता किसी अन्य स्रोत से लिया गया है?					
Sr. No. क्रम संख्या	NAME of OTHER SOURCE अन्य स्रोत का नाम		AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILED की गई सहायता राशि		

