

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE

सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)

(स्वास्थ्य देखभाल)

Koshika
Foundation

Building Block of Life

APPLICATION No

आवेदन संख्या :

B/0523/0241

APPLICATION DATE :

आवेदन तिथि

NAME of APPLICANT :

आवेदक का नाम

PUTTAMMA

AGE-YEARS आयु-वर्ष

48 yrs

SEX लिंग

F

FATHER'S/SPOUSE'S NAME :

पिता/पत्नी का नाम

w/o Ninge Gowda

PRESENT RESIDENCE ADDRESS वर्तमान आवासीय पता

H.No. 48, Siddappa Temple Road, Belathur

Post, Koppa Hobali, Madalur Taluk, Mandya District,
Karnataka.

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS : स्थायी आवासीय पता

- Same as above -

OCCUPATION :

व्यवसाय

Home-Maker

MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)

(Attach Proof of Income)

(आय का साक्ष्य संलग्न)

TOTAL ANNUAL INCOME :

कुल वार्षिक आय

₹3,000/-

PAN No. स्थायी खाता संख्या

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

! आप आय कर दाता हैं (जो लागू हो उस पर सही का विकल्प लगाएं)

Yes / No

हां / 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 आवेदक के साथ सम्बन्ध
1.	Ninge Gowda	60 yrs	M	Husband
2.	Shivamathu B.N.	32 yrs	M	Son

BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable)

सहायता के लिये विवरित आधार

<p>BPL Card (Attach Card Copy)</p> <p>गरीबी रेशा के नीचे प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें)</p>	<p>EWS Certificate (Attach Certificate Copy)</p> <p>अल्प आय वर्ग प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें)</p>	<p>Ration Card (Attach Copy)</p> <p>उपभोक्ता कार्ड (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें)</p>	<p>Any Other Basis/Proof</p> <p>अन्य कोई साक्ष्य</p>
---	---	---	---

"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE:

सहायता हेतु किए गए विवरण का उद्देश्य:

Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached अस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई प्रतिवेदन सूची संलग्न
1.	Diagnosis RE - Cataract LE - PCIOL
2.	Surgery RE - Cataract + PCIOL

ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES

इस उद्देश्य के हेतु कोई अन्य सहायता किसे अन्य स्रोत से लिये गया है?

Sr. No. क्रम संख्या	NAME of OTHER SOURCE अन्य स्रोत का नाम	AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILED कोई सहायता राशि



Pre-op 0241 Post-op Puttamma

