

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE
सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)
(स्वास्थ्य देखभाल)

Koshika
foundation

APPLICATION No.: आवेदन संख्या: N/0522/0373 APPLICATION DATE: आवेदन तिथि: 19/05/22

NAME of APPLICANT: आवेदक का नाम: Muniyamma AGE-YEARS आयु-वर्ष: 72 SEX लिंग: F

FATHER'S/SPOUSE'S NAME: पिता/कटुम्ब का नाम

PRESENT RESIDENCE ADDRESS: वर्तमान आवासीय पता
Vasadapura Hassandahalli, malur taluku
Kolar district Karnataka

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS: स्थाई आवासीय पता

Same as above



Pre-Op Post-Op
0373 Muniyamma

OCCUPATION: व्यवसाय: Home maker

MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)

TOTAL ANNUAL INCOME: कुल वार्षिक आय: _____ (Attach Proof of Income) (आय का साक्ष्य संलग्न)

PAN No. स्थाई छाता संख्या

ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable): क्या आप आय कर दाता हैं (जो मान्य हो उस पर सही का निशान लगायें)

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 आवेदक के साथ संबंध
1	Shiva prasadh	34	M	Son

BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable) सहायता के लिये विवरी आधार

BPL Card (Attach Card Copy) गरीबी रेशा के लिये प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें)	EWS Certificate (Attach Certificate Copy) अल्प आय वर्ग प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें)	Rajsh Card (Attach Copy) राजश कार्ड (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें)	Any Other Basis/Proof अन्य कोई साक्ष्य
--	--	---	--

"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE: सहायता हेतु किये गये विवरी का उद्देश्य:

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

ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES इस उद्देश्य के हेतु कोई 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 राशी
1	DBCS	2,000/-

