

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE

सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)

(स्वास्थ्य देखभाल)



Koshika
foundation
Building Block of life

APPLICATION No.:

आवेदन संख्या:

121062310454

APPLICATION DATE:

आवेदन तिथि

08/06/2023

NAME of APPLICANT:

आवेदक का नाम

MALESH

AGE-YEARS माप-वर्ष

SEX लिंग

70 yrs

M

FATHER'S/SPOUSE'S NAME:

पिता/पत्नी का नाम

S/o Sathya Gowda

PRESENT RESIDENCE ADDRESS वर्तमान आवासीय पता

Kammanayakanahalli, Thaggahalli,

Mandya District, Karnataka

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS स्थायी आवासीय पता

- Same as above -



Preop Postop
0454 Malesh

OCCUPATION:

व्यवसाय

Un-Employed

MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)

TOTAL ANNUAL INCOME:

कुल वार्षिक आय

(Attach Proof of Income)

(आय का साक्ष्य संलग्न)

PAN No. स्थायी राजस्व संख्या

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

या आप आय का दाता हैं (जो मध्य हो उस पर सही 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 आवेदक के साथ सम्बन्ध
1.	Bhagyamma	58 yrs	F	Wife
2.	Umesh	36 yrs	M	Son
3.	Lekhana	29 yrs	F	Daughter - In-law
4.	Mahesh Kumar	07 yrs	M	Grand Son
5.	Kruthagna Gowda	04 yrs	F	Grand Daughter

BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable)

सहायता के लिये विभिन्न आधार

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

"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE:

सहायता हेतु किए गये विवेकी का उद्देश्य:

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

ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES

इस उद्देश्य के हेतु कोई अन्य सहायता किसी अन्य स्रोत से लिये गया हो?

Sr. No. क्रम संख्या	NAME of OTHER SOURCE अन्य स्रोत का नाम	AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILED ली गई सहायता राशी
1.	DBCS	2,000/-

10-02-2023