

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE

सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)

(स्वास्थ्य देखभाल)

Koshika
foundation
Building block of life

APPLICATION No. आवेदन संख्या: **B/0623/0518**

APPLICATION DATE आवेदन तिथि: **13/6/23**

NAME of APPLICANT आवेदक का नाम: **Mari Maniegouda**

AGE-YEARS आयु-वर्ष: **65**

SEX लिंग: **M**

FATHER'S/SPOUSE'S NAME पिता/कन्या का नाम: **G/O Kariagouda**

PRESENT RESIDENCE ADDRESS वर्तमान आवासीय पता
Kaligudamaballe Chamrajnagar
Karnataka

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS स्थायी आवासीय पता
Same as above



preop postop
0518 Mari Maniegouda

OCCUPATION: व्यवसाय: **Cook**

MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)

TOTAL ANNUAL INCOME कुल वार्षिक आय: **25,000/-**

(Attach Proof of Income) (आय का साक्ष्य संलग्न)

PAN No. स्थायी खाता संख्या

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

Yes / No

क्या आप आय कर दाता हैं (जो मान्य हो उस या नहीं का चिह्नन लगाने)

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	Phivamma	55	F	Wife

BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable)

सहायता के लिये विनति आधार

<input checked="" type="checkbox"/> BPL Card (Attach Card Copy) गरीबी रेषा के नीचे प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें)	<input type="checkbox"/> EWS Certificate (Attach Certificate Copy) अन्य आय वर्ग प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें)	<input checked="" type="checkbox"/> Ration Card (Attach Copy) उपभोजन कार्ड (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें)	<input checked="" type="checkbox"/> Any Other Basis/Proof अन्य कोई साक्ष्य
--	---	--	--

"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE

सहायता हेतु किये गये विनती का उद्देश्य:

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

ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES

इस उद्देश्य के हेतु कोई अन्य सहायता किन्हीं अन्य स्रोतों से लिये गयी है?

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

