

**APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE**

सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)

(स्वास्थ्य देखभाल)

**Koshika**  
foundation

Building back of life

APPLICATION No. / आवेदन संख्या : **B/0623/0521**

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

NAME of APPLICANT / आवेदक का नाम : **Sidda Mallappa**

AGE-YEARS / आयु-वर्ष : **55**

SEX / लिंग : **M**

FATHER'S/SPOUSE'S NAME / पिता/पत्नी का नाम : **S/o Shivappa**



prop postop  
0521 Siddamallappa

PRESENT RESIDENCE ADDRESS / वर्तमान आवासीय पता : **Chirakanahalli Gundlupet taluk**

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS / स्थाई आवासीय पता : **Chamrajnagar Karnataka**

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS - स्थाई आवासीय पता : **Same as above**

OCCUPATION / व्यवसाय : **Cook**

MARRIED (लियाहित) / UNMARRIED (अलियाहित)

TOTAL ANNUAL INCOME / कुल वार्षिक आय : **22,000/-**

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

PAN No. / स्थाई करदाता संख्या

ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable):  
क्या आप आय का दाता हैं (जो मान्य हो उस पर राई 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 संबंध
1)	Mahadevamma	32	F	wife

**BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable)**  
सहायता के लिए चिह्नित आधार

<input type="checkbox"/> BPL Card (Attach Copy) गरीबी रेशा के साथ प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें)	<input type="checkbox"/> EWS Certificate (Attach Certificate Copy) आय आय वर्ग प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें)	<input checked="" type="checkbox"/> Ration Card (Attach Copy) उपभोजनी 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 किए गये चिह्नों 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.O.

**ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES**  
इस उद्देश्य के हेतु कोई अन्य सहायता किसी अन्य स्रोत से ली जा रही है?

Sr No. क्रम संख्या	NAME of OTHER SOURCE अन्य स्रोत का नाम	AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILED ली गई सहायता राशि
1)	DBTR	2000/-

