

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE

सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)

(स्वास्थ्य देखभाल)



Koshika
foundation
Building Block of life

APPLICATION No. : N/0622/0567 APPLICATION DATE : 14/06/22
आवेदन संख्या : आवेदन तिथि

NAME of APPLICANT : Siddhashetty AGE-YEARS 65 SEX M
आवेदक का नाम आयु-वर्ष लिंग

FATHER'S/SPOUSE'S NAME : s/o Siddhashetty
पिता/पत्नी का नाम

PRESENT RESIDENCE ADDRESS : # C68-1, teakeambi Gundlupete taluku Chamara Nagar
district Karnataka
वर्तमान आवासीय पता

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS : Same as above
स्थायी आवासीय पता

OCCUPATION : Coolie
व्यवसाय

TOTAL ANNUAL INCOME : 28,000/-
कुल वार्षिक आय

PAN No. सही खाता 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 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 संबंध
1	<u>Sainima</u>	<u>33</u>	<u>M</u>	<u>Son</u>

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

BPL Card (Attach Card Copy) गरीबी रेशा के नीचे 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)	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 किसे पत्रे चिह्नित का उद्देश्य:

Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached अस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई प्रतिक्रिया सूची संलग्न
1	<u>Diagnosis</u> <u>RE-Cataract</u> <u>LE-Cataract</u>
2	<u>Surgery</u> <u>LE-Cataract + PCIO</u>

ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES

इस उद्देश्य के हेतु कोई अन्य सहायता किसे अन्य स्रोतों से लिया गया हो?

Sr. No. क्रम संख्या	NAME of OTHER SOURCE अन्य स्रोत का नाम	AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILED जो गई सहायता राशि
1	<u>DBCS</u>	<u>2,000/-</u>

