

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE

सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)

(स्वास्थ्य देखभाल)



Koshika
foundation
Building blocks of life

APPLICATION No. : N/0622/0574

APPLICATION DATE : 14/6/22

NAME of APPLICANT : Jayalaxmi

AGE-YEARS : 50

SEX : F

FATHER'S/SPOUSE'S NAME : w/o Chandra

PRESENT RESIDENCE ADDRESS : वर्तमान आवासीय पता

Hosalekere, Koppa Hobli, Maddur Taluk

Mandya District, Karnataka

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS : स्थायी आवासीय पता

- Same as above -

Preop Postop
0574 Jayalaxmi

OCCUPATION : home maker

MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)

TOTAL ANNUAL INCOME : 25000/-

(Attach Proof of Income)
(आप का सक्षम प्रमाण)

PAN No. : सहायता हेतु संख्या

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

Yes / No

आप आपका आय कर दाता हैं (को मध्य में हम या नहीं का निशान लगाएं)

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 सम्बन्ध
①	Chandra	58	M	Husband
②	punithkumar	28	M	Son
③	Sunil Kumar	2031	M	Son

BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable)

सहायता के लिए विधि आधार

BPL Card (Attach Card Copy) एनपी रेखा के नीचे प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र को साथ में प्रमाण पत्र के)	EWS Certificate (Attach Certificate Copy) आय आय वर्ग प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र को साथ में प्रमाण पत्र के)	Ration Card (Attach Copy) रेशन कार्ड (प्रमाण पत्र को साथ में प्रमाण पत्र के)	Any Other Basis/Proof अन्य कोई प्रमाण
--	---	---	---

"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE:

सहायता हेतु विधि गरी विधि का उद्देश्य:

Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached अस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई प्रमाणित सूची संलग्न
①	Diagnosis RE Cataract LE Cataract
②	Surgery RE Cataract P.T.O.

ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES

इस उद्देश्य के हेतु कोई अन्य सहायता किसी अन्य स्रोत से ली गई है?

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

