

## APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE

सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)

(सहाय्यक देखभाल)

Koshika  
foundation

Building block of life

APPLICATION No. :

आवेदन संख्या :

B/0923/1195

APPLICATION DATE :

आवेदन तिथि

22/9/23

NAME of APPLICANT :

आवेदक का नाम

Siddappa

AGE-YEARS आयु-वर्ष

SEX लिंग

60

M

FATHER'S/SPOUSE'S NAME :

पिता/कटुम्ब का नाम

S/O Basarajah

PRESENT RESIDENCE ADDRESS वर्तमान आवास पता

B. G. pura  
Karnataka  
Malavalli taluk

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS स्थाई आवास पता

Same as above

pre op post op  
1195 Siddappa

OCCUPATION :

व्यवसाय

Coolie

MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)

TOTAL ANNUAL INCOME :

कुल वार्षिक आय

29,000/-

(Attach Proof of Income)

(आय का सबूत संलग्न)

PAN No. स्थाई 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 सम्बन्ध
1	Shiramma	50	F	wife.

BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable)  
सहायता के लिये कितनी आधार

BPL Card (Attach Card Copy) गरीबी रेषा के तहत 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) उपभोग्यता कार्ड (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें।)	Any Other Basic Proof अन्य कोई सबूत
-------------------------------------------------------------------------------------------------------------	----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	---------------------------------------------------------------------------------------------	-------------------------------------------

"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE:

सहायता हेतु किसे गये किमती 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 + PCCO

ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES

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

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

