

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE (Healthcare)		(सहायता हेतु आवेदन प्रारूप)		(स्वास्थ्य देखभाल)	
APPLICATION No.: B/1124/2294 आवेदन संख्या:		APPLICATION DATE: 14/11/24 आवेदन तिथि		 Building block of life.	
NAME of APPLICANT: Doddathimmaiah आवेदक का नाम		AGE-YEARS: 68 आयु-वर्ष	SEX: M लिंग		
FATHER'S/SPOUSE'S NAME: S/O Rangadasappa पिता/कन्या का नाम					
PRESENT RESIDENCE ADDRESS: चाँपान आवासीय पता Tiruppanchall Kodur Nidagatta Chikmagalur Karnataka PERMANENT RESIDENCE ADDRESS: स्थाई आवासीय पता T					
OCCUPATION: Coolie व्यवसाय		MARRIED (विवहित) / UNMARRIED (अविवहित)		 Pre-op post-op 22 - Doddathimmaiah	
TOTAL ANNUAL INCOME: 23000/- कुल वार्षिक आय		(Attach Proof of Income) (आय का साक्ष्य संलग्न)			
PAN No. सवाई खाता संख्या					
ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable): 1. आप आय कर दाखल हैं (जो मान्य हो उस पर सही 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 सम्बन्ध	
BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable) सहायता के लिये विनति आधार					
BPL Card (Attach Card Copy) गरीबी रेटा 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 किये गये विनती का उद्देश्य:					
Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached अस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई प्रतिवेदन झुकी संलग्न				
①	Diagnosis RE - Chest LE - Chest				
②	Surgery RE - Chest + PCTO				
ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES इस उद्देश्य के हेतु कोई अन्य सहायता किसी अन्य स्रोत से लिया गया है?					
Sr. No. क्रम संख्या	NAME of OTHER SOURCE अन्य स्रोत का नाम	AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILED ली गई सहायता राशी			
①	DBCS	2000/-			

- 1) I hereby confirm that all details in this Form are True to the best of my knowledge. Any false statement will render my Application & ongoing assistance, if any, liable for rejection/cancellation.
- 2) I solemnly confirm that assistance, if received from Koshika Foundation, will be used only for the "purpose", as stated in this Form, for which such assistance was requested by me.
- 3) I hereby confirm that I have not & will not in future, avail of reimbursement, in part or in full, from any other source/employer/insurance company, of the amount for which this assistance is requested.

- AGREEMENT by APPLICANT (आवेदक द्वारा करण)**

- AGREEMENT by HOSPITAL (हॉस्पिटल द्वारा कर्तव्य)

11-04-2024