

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE

सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)

(स्वास्थ्य देखभाल)

Koshika
foundation

Building block of life

APPLICATION No.: आवेदन संख्या: **8/0224/2382**

APPLICATION DATE: आवेदन तिथि: **6/2/24**

NAME of APPLICANT: आवेदक का नाम: **Nazmunisa**

AGE-YEARS उम्र-वर्ष: **404**
SEX लिंग: **F**

FATHER'S/SPOUSE'S NAME: पिता/सहोदर का नाम: **Sho Babu**



PRESENT RESIDENCE ADDRESS: वर्तमान आवासीय पता
U.No. 245, Chakkale Mandi, Bal Bhag DJ Halli, Bangalore, Karnataka.

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS: स्थाई आवासीय पता

OCCUPATION: व्यवसाय: **Home maker**

MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित):

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

(Attach Proof of Income) (आय का प्रमाण संलग्न करें)

PAN No. स्थाई खाता संख्या

ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable): क्या आप आय कर दाता हैं (जो लागू हो उस पर टिकी का निशान 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)	Sultana	294	F	Daughter
2)	Mubana	264	F	Daughter
3)	Rashma	214	F	Daughter
4)	Sufiya	4	F	Daughter

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

<input checked="" type="checkbox"/> BPL Card (Attach Card Copy) सीपीडी रिकार्ड का प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की प्रतिलिपि संलग्न करें)	<input type="checkbox"/> EWS Certificate (Attach Certificate Copy) अन्य आय वर्ग प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की प्रतिलिपि संलग्न करें)	<input checked="" type="checkbox"/> Ration Card (Attach Copy) उपभोज्य कार्ड (प्रमाण पत्र की प्रतिलिपि संलग्न करें)	<input checked="" type="checkbox"/> Any Other Basis/Proof अन्य कोई आधार
--	--	--	---

"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE: सहायता हेतु किये गए विवक्षित उद्देश्य:

Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached जन्मजात/डॉक्टर से जारी की गई प्रतिवेदन प्रतिलिपि संलग्न
1)	Diagnosis: RE cataract LE cataract Surgery LE cat + PCT

ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES इस उद्देश्य से हेतु कोई अन्य सहायता किये 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 राशि
1)	DBCS	2000/-

