

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE  
सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)  
(स्वास्थ्य देखभाल)

Koshika  
foundation  
A better kind of life

APPLICATION No. :  
आवेदन संख्या : B/0423/0070

APPLICATION DATE : 07/04/23  
आवेदन तिथि

NAME of APPLICANT :  
आवेदक का नाम Gowramma

AGE-YEARS आयु-वर्ष 65  
SEX लिंग F

FATHER'S/SPOUSE'S NAME :  
पिता/पति का नाम W/o Huchappa

PRESENT RESIDENCE ADDRESS : वर्तमान निवास पता  
Chikkahettibere, Tumakuru Taluk

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS : स्थायी निवास पता  
Same as above

OCCUPATION :  
व्यवसाय Home maker

MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)

TOTAL ANNUAL INCOME :  
कुल वार्षिक आय — (Attach Proof of Income)  
(आय का साक्ष्य संलग्न)

PAN No. स्पष्ट नहीं

ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable):  
क्या आप आय कर पत्रा है (जो मान्य हो उस पर सही का निशान लगाएं)

Yes / No  
हाँ / नहीं

FAMILY DETAILS परिवार विवरण

| Sr. No.<br>क्रम संख्या | Name of Family Member<br>परिवार के सदस्यों का नाम | Age (Years)<br>उम्र (वर्ष) | Gender<br>लिंग | Relation with Applicant<br>आवेदक के साथ सम्बंध |
|------------------------|---------------------------------------------------|----------------------------|----------------|------------------------------------------------|
|                        |                                                   |                            |                |                                                |
|                        |                                                   |                            |                |                                                |
|                        |                                                   |                            |                |                                                |
|                        |                                                   |                            |                |                                                |
|                        |                                                   |                            |                |                                                |
|                        |                                                   |                            |                |                                                |
|                        |                                                   |                            |                |                                                |
|                        |                                                   |                            |                |                                                |
|                        |                                                   |                            |                |                                                |
|                        |                                                   |                            |                |                                                |

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

|                                                                                                             |                                                                                                                     |                                                                                           |                                              |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------|
| BPL Card<br>(Attach Card Copy)<br>गरीबी रेषा के नीचे प्रमाण पत्र<br>(प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें) | EWS Certificate<br>(Attach Certificate Copy)<br>अल्प आय वर्ग प्रमाण पत्र<br>(प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें) | Ration Card<br>(Attach Copy)<br>उपभोक्ता कार्ड<br>(प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें) | Any Other<br>Basis/Proof<br>अन्य कोई साक्ष्य |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------|

"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE:  
सहायता हेतु किये गये विनती का उद्देश्य:

| Sr. No.<br>क्रम संख्या | Medical Reports/Prescriptions Attached<br>अस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई प्रतिवेदन सूची संलग्न |
|------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------|
| 1                      | Diagnosis<br>RF - Cataract<br>LF - cataract                                                  |
| 2                      | Surgery<br>LF - cataract + p.cior                                                            |

ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES  
इस उद्देश्य के हेतु कोई अन्य सहायता किसी अन्य स्त्रोत से लिया गया हो?

| Sr. No.<br>क्रम संख्या | NAME of OTHER SOURCE<br>अन्य स्त्रोत का नाम | AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILED<br>लेई गई सहायता राशि |
|------------------------|---------------------------------------------|----------------------------------------------------------|
|                        |                                             |                                                          |
|                        |                                             |                                                          |
|                        |                                             |                                                          |
|                        |                                             |                                                          |



