

## APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE

सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)

(स्वास्थ्य देखभाल)



Koshika  
foundation  
Building block of life.

|                                                                                                                                                          |  |                                                   |               |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|---------------------------------------------------|---------------|
| APPLICATION No. :<br>आवेदन संख्या : B/124/2251                                                                                                           |  | APPLICATION DATE:<br>आवेदन तिथि 13/11/2024.       |               |
| NAME of APPLICANT :<br>आवेदक का नाम Ningamma.                                                                                                            |  | AGE-YEARS आयु-वर्ष<br>70                          | SEX लिंग<br>F |
| FATHER'S/SPOUSE'S NAME :<br>पिता/कटुम्भ का नाम W/o Bormayya                                                                                              |  |                                                   |               |
| PRESENT RESIDENCE ADDRESS : वर्तमान आवासीय पता<br>Deripura Kirsuculi Village, Kirsuculi<br>Hobli, Malavalli Taluk, Mandya District, Karnataka            |  |                                                   |               |
| PERMANENT RESIDENCE ADDRESS : स्थाई आवासीय पता                                                                                                           |  |                                                   |               |
| OCCUPATION :<br>व्यवसाय Home maker                                                                                                                       |  |                                                   |               |
| TOTAL ANNUAL INCOME :<br>कुल वार्षिक आय 21000/-                                                                                                          |  | MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)          |               |
| PAN No. : स्थाई खाता संख्या                                                                                                                              |  | (Attach Proof of Income)<br>(आय का सक्ष्य संलग्न) |               |
| ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable):<br>क्या आप आय कर दाता हैं (जो मान्य हो उस पर सही को चिह्नन लगायें) Yes / No<br>हाँ / नहीं |  |                                                   |               |



Pre op post op  
2251 Ningamma

## 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 सम्बन्ध |
|------------------------|---------------------------------------------------|----------------------------|----------------|-------------------------------------------------|
|                        |                                                   |                            |                |                                                 |
|                        |                                                   |                            |                |                                                 |
|                        |                                                   |                            |                |                                                 |
|                        |                                                   |                            |                |                                                 |
|                        |                                                   |                            |                |                                                 |
|                        |                                                   |                            |                |                                                 |
|                        |                                                   |                            |                |                                                 |
|                        |                                                   |                            |                |                                                 |
|                        |                                                   |                            |                |                                                 |
|                        |                                                   |                            |                |                                                 |

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

|                                                                                                                                                 |                                                                                                                                              |                                                                                                                             |                                                                                  |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------|
| <input checked="" type="checkbox"/> BPL Card<br>(Attach Card Copy)<br>गरीबी रेषा के नीचे प्रमाण पत्र<br>(प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें) | <input type="checkbox"/> EWS Certificate<br>(Attach Certificate Copy)<br>अल्प आय वर्ग प्रमाण पत्र<br>(प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें) | <input checked="" type="checkbox"/> Bion Card<br>(Attach Copy)<br>उपभोक्ता कार्ड<br>(प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें) | <input checked="" type="checkbox"/> 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 RE cataract -<br>LH cataract.                                                      |
| ②                      | Surgery RE cataract + p.i.r.c                                                                |

## ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES

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

| Sr. No.<br>क्रम संख्या | NAME of OTHER SOURCE<br>अन्य स्रोत का नाम | AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILED<br>लौ गई सहायता राशि |
|------------------------|-------------------------------------------|---------------------------------------------------------|
| ①                      | DB 03                                     | 2000/-                                                  |

