

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE

सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)

(स्वास्थ्य देखभाल)

Koshika
foundation

Building block of life.

APPLICATION No.: आवेदन संख्या: **B/0126/3096** APPLICATION DATE: आवेदन तिथि: **6/1/26**

NAME of APPLICANT: आवेदक का नाम: **Lakshmidheevamma** AGE-YEARS आयु-वर्ष: **55** SEX लिंग: **F**

FATHER'S/SPOUSE'S NAME: पिता/हस्तुम का नाम: **W/o Subbanneddy**

PRESENT RESIDENCE ADDRESS वर्तमान आवासीय पता: **Pathomalavani Sainivapuram KOLAR Karnataka**

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS: स्थायी आवासीय पता: **-U-**



pre op post op
3096 Lakshmidheevamma

OCCUPATION: व्यवसाय: **Home Maker.** MARRIED (निवाहित) / UNMARRIED (अनिवाहित): MARRIED

TOTAL ANNUAL INCOME: कुल वार्षिक आय: **34,000/-** (Attach Proof of Income) (आय का प्रमाण प्रस्तुत करें)

AN No. सर्वोपलब्ध संख्या

ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable): क्या आप आय कर दाता हैं (जो मान्य हो उस पर सही का चिह्न लगाएं) Yes / No हां / नहीं No

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	Subbammami	60	M	Husband
②	Hareesh	20	M	SON
③	Naresha	22	M	SON

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

<input checked="" type="checkbox"/> BPL Card (Attach Card Copy) गरीबी रेखा के नीचे प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें)	<input type="checkbox"/> EWS Certificate (Attach Certificate Copy) अन्य आय वर्ग प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें)	<input checked="" type="checkbox"/> Ration Card (Attach Copy) उपभोग्यता कार्ड (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें)	<input type="checkbox"/> Any Other Basis/Proof अन्य कोई साधन
--	---	---	--

"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE: सहायता हेतु किने गये विक्तों 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 LE cataract + PCIOL

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

