

## APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE

सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)

(स्वास्थ्य देखभाल)



Koshika  
foundation  
Building blocks of life

APPLICATION No. :

आवेदन संख्या :

13/0925/1725

APPLICATION DATE :

आवेदन तिथि

4/9/25

NAME of APPLICANT :

आवेदक का नाम

Yallamma

AGE-YEARS आयु-वर्ष

69

SEX लिंग

F

FATHER'S/SPOUSE'S NAME :

पिता/सहोदर का नाम

W/o Humiswamy

PRESENT RESIDENCE ADDRESS : वर्तमान निवास स्थान

Yatagondabhatti, Avane Hobli Mulbagal Taluk

Kolar District, Karnataka

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS : स्थायी निवास स्थान

-11-



pre OP post OP  
1725 Yallamma

OCCUPATION :

व्यवसाय

Home-Maker

MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)

TOTAL ANNUAL INCOME :

कुल वार्षिक आय

(Attach Proof of Income)

(आय का प्रमाण प्रस्तुत करें)

PAN No. उपर्युक्त खाली रखें

ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable):

क्या आप आय कर दाता हैं (जो मान्य हो उस पर खड़ी का चिह्न लगाएं)

Tax / No.

हाँ / नहीं

## FAMILY DETAILS : परिवार विवरण

| Sl. 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 से संबंध |
|------------------------|---------------------------------------------------|----------------------------|----------------|-------------------------------------------|
| ①                      | Humiswamy                                         | 80                         | M              | Husband                                   |
| ②                      | Venkataramappa                                    | 40                         | M              | Son                                       |
|                        |                                                   |                            |                |                                           |
|                        |                                                   |                            |                |                                           |
|                        |                                                   |                            |                |                                           |
|                        |                                                   |                            |                |                                           |
|                        |                                                   |                            |                |                                           |

BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable)

सहायता के लिए किसी आधार

|                                                                                                              |                                                                                                                  |                                                                                         |                                             |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------|
| BPL Card<br>(Attach Card Copy)<br>गरीबी रक्षा के कार्ड प्रमाण पत्र<br>(प्रमाण पत्र की प्रतिलिपि संलग्न करें) | EWS Certificate<br>(Attach Certificate Copy)<br>आय आय वर्ग प्रमाण पत्र<br>(प्रमाण पत्र की प्रतिलिपि संलग्न करें) | Ration Card<br>(Attach Copy)<br>उपभोग्य कार्ड<br>(प्रमाण पत्र की प्रतिलिपि संलग्न करें) | Any Other<br>Basis/Proof<br>अन्य कोई प्रमाण |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------|

"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE:

सहायता हेतु निम्ने कार्य किसी का उद्देश्य:

| Sl. No.<br>क्रम संख्या | Medical Reports/Prescriptions Attached<br>रिपोर्ट/प्रीस्क्रिप्शन से कार्ड की गई प्रतिलिपि संलग्न |
|------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------|
| ①                      | Diagnosis RE cataract<br>LE cataract                                                             |
| ②                      | Surgery RE cataract + PDR                                                                        |

ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES

इस उद्देश्य को हेतु कोई अन्य सहायता किसी अन्य स्रोत से लिया गया है?

| Sl. No.<br>क्रम संख्या | NAME of OTHER SOURCE<br>अन्य स्रोत का नाम | AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILED<br>सी गई सहायता राशि |
|------------------------|-------------------------------------------|---------------------------------------------------------|
|                        |                                           |                                                         |
|                        |                                           |                                                         |
|                        |                                           |                                                         |

