

## APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE

सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)

(स्वास्थ्य देखभाल)



Koshika  
foundation  
Building Stock of life

APPLICATION No.:

आवेदन संख्या:

B/0925/1727

APPLICATION DATE:

आवेदन तिथि

4/9/25

NAME of APPLICANT:

आवेदक का नाम

Premilamma

AGE-YEARS आयु-वर्ष

41

SEX लिंग

F

FATHER'S/SPOUSE'S NAME:

पिता/पत्नी का नाम

W/o Reddappa

PRESENT RESIDENCE ADDRESS वर्तमान निवास पता

H-kode halli Hebbaru Kolah District  
Kannur

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS: स्थायी निवास पता

-11-

pre op postop  
1727 Premilamma

OCCUPATION:

व्यवसाय

Home-Maker

MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)

TOTAL ANNUAL INCOME:

कुल वार्षिक आय

28,000/-

(Attach Proof of Income)

(आय का प्रमाण प्रस्तुत करें)

PAN No. क्या लगाया गया है

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

क्या आप आय का दाता हैं (जो मानें उस पर तिक लगाएं)

Yes / No

हां / 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 से क्या संबंध |
|------------------------|---------------------------------------------------|----------------------------|----------------|------------------------------------------------|
| ①                      | Reddappa                                          | 47                         | M              | Husband                                        |
| ②                      | Leja                                              | 17                         | F              | Daughter                                       |
| ③                      | Shrisha                                           | 14                         | F              | Daughter                                       |
| ④                      | Nikhi                                             | 10                         | M              | Son                                            |

BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable):

सहायता के लिए किसी आधार

|                                                                                                      |                                                                                                                  |                                                                                            |                                             |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------|
| BPL Card<br>(Attach Card Copy)<br>गरीबी रेश का 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>अन्नपूर्णा कार्ड<br>(प्रमाण पत्र की प्रतिलिपि संलग्न करें) | Any Other<br>Basis/Proof<br>अन्य कोई प्रमाण |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------|

"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE:

सहायता हेतु किसे मांगे किसी का उद्देश्य:

| Sr. No.<br>क्रम संख्या | Medical Reports/Prescriptions Attached<br>अस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई प्रतिवेदन सूची संलग्न |
|------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------|
| ①                      | diagnosis R.E cataract<br>L.E cataract                                                       |
| ②                      | surgery R.E cataract + P.T.O.L                                                               |

ASSISTANCE BEING AWAIED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES

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

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

