

## APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE

सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)

(स्वास्थ्य देखभाल)



Koshika  
foundation  
Building blocks of life

APPLICATION No. / आवेदन संख्या : B/0925/1760

APPLICATION DATE / आवेदन तिथि : 09/09/25

NAME of APPLICANT / आवेदक का नाम : Pottathayamma

AGE-YEARS / आयु-वर्ष : 60

SEX / लिंग : F

FATHER'S/SPOUSE'S NAME / पिता/सहोदर का नाम : Poddalawappa

PRESENT RESIDENCE ADDRESS / वर्तमान निवास पता

Vodupurapala, Gundelpet, Channarayana (M).

Kavayataka

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS / स्थायी निवास पता



Pr. OP Ret. OP  
Pottathayamma 1760

OCCUPATION / व्यवसाय : Homemaker

MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)

TOTAL ANNUAL INCOME / वार्षिक आय

(Attach Proof of Income)  
(आय का प्रमाण प्रस्तुत करें)

PAN No. / आय कर पहचान संख्या

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

Yes / No

हम आप आय कर दाता हैं (जो लागू हो उस पर सही का चिह्न लगाएं)

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 से सम्बन्ध |
|------------------------|---------------------------------------------------|----------------------------|----------------|---------------------------------------------|
| ①                      | Mattath D                                         | 45                         | M              | Son                                         |
| ②                      | Chikkaru (M)                                      | 16                         | M              | Grand son                                   |
| ③                      | Nagalanthika                                      | 39                         | F              | Daughter-In-Law                             |
|                        |                                                   |                            |                |                                             |
|                        |                                                   |                            |                |                                             |

## BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable)

सहायता के लिए निम्न आधार

|                                                                                                            |                                                                                                                |                                                                                              |                                             |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------|
| BPL Card<br>(Attach Card Copy)<br>गरीबी रेशा के नीचे प्रमाण पत्र<br>(प्रमाण पत्र की कतई प्रति संलग्न करें) | EWS Certificate<br>(Attach Certificate Copy)<br>आय आग का प्रमाण पत्र<br>(प्रमाण पत्र की कतई प्रति संलग्न करें) | Ration Card<br>(Attach Copy)<br>आपूर्तिकर्ता कार्ड<br>(प्रमाण पत्र की कतई प्रति संलग्न करें) | Any Other<br>Basis/Proof<br>अन्य कोई प्रमाण |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------|

## "PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE:

सहायता हेतु किसे लक्ष्य करने का उद्देश्य:

| Sr. No.<br>क्रम संख्या | Medical Reports/Prescriptions Attached<br>अस्वास्थ्य/वैद्यकीय से भरी की गई दवाइयों की सूची संलग्न |
|------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------|
| ①                      | Diagnosis - RE Cataract<br>LE PCLOX                                                               |
| ②                      | Emergency - RE Cataract.                                                                          |

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

इस उद्देश्य के हेतु कोई अन्य सहायता किसी अन्य स्रोत से मिल चुका है?

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

