

## APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE

सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)

(स्वास्थ्य देखभाल)



Koshika  
Foundation  
Building Dreams of Life

APPLICATION No.: 8/0925/1762

आवेदन संख्या:

APPLICATION DATE: 09/09/25

आवेदन तिथि

NAME OF APPLICANT: Nagamma

आवेदक का नाम

AGE/YEARS (वर्ष-वर्ष)

55

SEX (लिंग)

F

FATHER'S/SPOUSE'S NAME: W/o Puthalivamy

पिता/पत्नी का नाम

PRESENT RESIDENCE ADDRESS: वर्तमान आवासीय पता

Puthalalli, Gundelpet (R), Channarayana, Koppal (R),

Karnataka.

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS: स्थायी आवासीय पता

Pin OP  
1762Pin OP  
Nagamma

OCCUPATION: Homemaker.

व्यवसाय

MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)

TOTAL ANNUAL INCOME:

कुल वार्षिक आय

(Attach Proof of Income)

(आय का प्रमाण संलग्न करें)

PAN No. क्या है खाता संख्या

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

क्या आप आय कर दाता हैं (को ज्ञान हो उभ या नहीं को चिह्नित करें)

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 के साथ संबंध |
|------------------------|---------------------------------------------------|----------------------------|----------------|-----------------------------------------------|
|                        |                                                   |                            |                |                                               |
|                        |                                                   |                            |                |                                               |
|                        |                                                   |                            |                |                                               |
|                        |                                                   |                            |                |                                               |
|                        |                                                   |                            |                |                                               |
|                        |                                                   |                            |                |                                               |
|                        |                                                   |                            |                |                                               |
|                        |                                                   |                            |                |                                               |
|                        |                                                   |                            |                |                                               |
|                        |                                                   |                            |                |                                               |

BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable)

सहायता के लिए किनारे आधार

|                                                                                                                 |                                                                                                                           |                                                                                                  |                                                    |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------|
| <b>BPL Card</b><br>(Attach Card Copy)<br>गरीबी रखा के साथ प्रमाण पत्र<br>(प्रमाण पत्र की प्रतिलिपि संलग्न करें) | <b>BWS Certificate</b><br>(Attach Certificate Copy)<br>अल्प आय वर्ग प्रमाण पत्र<br>(प्रमाण पत्र की प्रतिलिपि संलग्न करें) | <b>Ration Card</b><br>(Attach Copy)<br>उपभोग्यता कार्ड<br>(प्रमाण पत्र की प्रतिलिपि संलग्न करें) | <b>Any Other</b><br>Basic Proof<br>अन्य कोई प्रमाण |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------|

"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE:

सहायता हेतु किने गये किसी का उद्देश्य:

| Sr. No.<br>क्रम संख्या | Medical Reports/Prescriptions Attached<br>रोगरहित/प्रातिपद से जारी की गई प्रमाणित सूची संलग्न |
|------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------|
| ①                      | Diagnosis - RE Cataract.<br>LE Cataract.                                                      |
| ②                      | Swifering - RE Cataract                                                                       |
|                        |                                                                                               |
|                        |                                                                                               |
|                        |                                                                                               |
|                        |                                                                                               |
|                        |                                                                                               |
|                        |                                                                                               |
|                        |                                                                                               |

ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES

इस उद्देश्य के हेतु कोई अन्य सहायता किसी अन्य स्रोत से प्राप्त गयी है?

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

