

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE

सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)

(स्वास्थ्य देखभाल)



Koshika
Foundation
Building Soul of life

APPLICATION No.:

आवेदन संख्या:

B10925/1768

APPLICATION DATE:

आवेदन तिथि

9/9/25

NAME of APPLICANT:

आवेदक का नाम

Mahadevaramma

AGE-YEARS (वर्ष-वर्ष)

70

SEX (लिंग)

F

FATHER/SPOUSE'S NAME:

पिता/पत्नी का नाम

W/O Basavogowda

PRESENT RESIDENCE ADDRESS (वर्तमान निवास पता)

Bettahalli Gundlupeta Taluk, Channarayana

District, Karnataka

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS (स्थायी निवास पता)

- II -



pre OP post OP
1768 Mahadevaramma

OCCUPATION:

व्यवसाय

unemployed

MARIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)

TOTAL ANNUAL INCOME:

कुल वार्षिक आय

(Attach Proof of Income)

(आय का साक्ष्य संलग्न करें)

PAN No. (यदि प्राप्त हो तो)

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

क्या आप आय का दाता हैं (जो लागू हो उस पर चिह्न लगाएं)

Yes / No

हां / नहीं

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 से संबंध

BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable)

सहायता के लिए निम्नलिखित कारण

EPI Card
(Attach Card Copy)पोली रेखा के साथ प्रमाण पत्र
(प्रमाण पत्र की प्रतिलिपि संलग्न करें)SMS Certificate
(Attach Certificate Copy)आय प्रमाण पत्र
(प्रमाण पत्र की प्रतिलिपि संलग्न करें)Ration Card
(Attach Copy)आवधिकार कार्ड
(प्रमाण पत्र की प्रतिलिपि संलग्न करें)Any Other
Basis/Proof

अन्य कोई प्रमाण

"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE:

सहायता हेतु किसे लक्ष्य बनाना है:

Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached सम्बन्धित चिकित्सा रिपोर्टें/प्रातिपत्र
①	Diagnosis RE cataract LE cataract
②	Surgery RE cataract + P.I.O.L

ASSISTANCE BEING AWARDED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES

इस उद्देश्य के लिए कोई अन्य सहायता मिली है या नहीं से विवरण दें

Sr. No. क्रम संख्या	NAME of OTHER SOURCE अन्य स्रोत का नाम	AMOUNT of ASSISTANCE BEING AWARDED कितनी राशि सहायता मिली

