

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE सहायता हेतु आवेदन प्रारूप		(Healthcare) (स्वास्थ्य देखभाल)		Koshika foundation Building Block of Life	
APPLICATION No.: आवेदन संख्या : 13/0925/1791		APPLICATION DATE: आवेदन तिथि 11/9/25			
NAME of APPLICANT: आवेदक का नाम Peddammallappa		AGE-YEARS आयु-वर्ष 74		SEX लिंग M.	
FATHER/SPOUSE'S NAME: पिता/हस्ताक्षर का नाम S/O Venkatappa					
PRESENT RESIDENCE ADDRESS: वर्तमान आवासीय पता H.No 50 Digavachintapalli Adagal Sameravapuram Taluk, Kolar DISTRICT Karnataka					
PERMANENT RESIDENCE ADDRESS: स्थायी आवासीय पता					
OCCUPATION: व्यवसाय unemployed		MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)			
TOTAL ANNUAL INCOME: कुल वार्षिक आय		(Attach Proof of Income) (आय का प्रमाण प्रस्तुत करें)			
PAN No. यदि प्राप्त हो तो:					
ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable): क्या आप आय कर दाता हैं? (जो लागू हो उस पर चिह्न लगाएं): Yes / No हाँ / 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 किस प्रकार संबंधित	
BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable) सहायता के लिए किसे आधार					
BPL Card (Attach Card Copy) गरीबी रेशन कार्ड की प्रमाणिका प्रदान करें।		EWS Certificate (Attach Certificate Copy) आय आय वर्ग प्रमाणिका प्रदान करें।		Ration Card (Attach Copy) राशन कार्ड प्रदान करें।	
Any Other Basic Proof अन्य कोई भी प्रमाण					
"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE: सहायता हेतु किसे मने निम्नी या उद्देश्यः					
Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached आस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई प्रतिनिधित्व दृष्टी प्रमाणिका				
	① Diagnosis RF cataract				
	LE cataract				
	Surgery RF cataract + P.I.O.L				
ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES इस उद्देश्य के हेतु कहीं अन्य सहायता किसी अन्य स्रोत से प्राप्त हुई है?					
Sr. No. क्रम संख्या	NAME of OTHER SOURCE अन्य स्रोत का नाम	AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILED जी गई सहायता राशि			

