

## APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE

सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)

(स्वास्थ्य देखभाल)



Koshika  
foundation  
Building lives of life

APPLICATION No. :

आवेदन संख्या :

B/0925/1498

APPLICATION DATE :

आवेदन तिथि

11/9/25

NAME of APPLICANT :

आवेदक का नाम

Bhangamma

AGE-YEARS (वर्ष-वर्ष)

65

SEX (लिंग)

F

FATHER/SPOUSE'S NAME :

पिता/पत्नी का नाम

w/o Channappa

PRESENT RESIDENCE ADDRESS : वर्तमान निवास पता

H.No- 818 Ellamma Temple Street

Tiptur Taluk Tumkur District

Karnataka

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS : स्थायी निवास पता

— 11 —

pre op post op  
1798 Bhangamma

OCCUPATION :

व्यवसाय

Home-Maker

MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)

TOTAL ANNUAL INCOME :

कुल वार्षिक आय

33,000/-

(Attach Proof of Income)

(आय का सबूत संलग्न करें)

PAN No. (यदि प्राप्त हो)

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

Yes / No

आप आय कर का दाता हैं (अपने मान्य हो उस पर चिह्न का निशान 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 के साथ संबंध |
|------------------------|---------------------------------------------------|----------------------------|----------------|-----------------------------------------------|
|                        |                                                   |                            |                |                                               |
|                        |                                                   |                            |                |                                               |
|                        |                                                   |                            |                |                                               |
|                        |                                                   |                            |                |                                               |
|                        |                                                   |                            |                |                                               |
|                        |                                                   |                            |                |                                               |
|                        |                                                   |                            |                |                                               |
|                        |                                                   |                            |                |                                               |
|                        |                                                   |                            |                |                                               |
|                        |                                                   |                            |                |                                               |

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

सहायता के लिए निम्न आधार

|                                                                                                           |                                                                                                                |                                                                                        |                                            |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------|
| BPL Card<br>(Attach Card Copy)<br>पोसी कार्ड के साथ प्रमाण पत्र<br>(प्रमाण पत्र की प्रतिलिपि संलग्न करें) | EWS Certificate<br>(Attach Certificate Copy)<br>आय आय का प्रमाण पत्र<br>(प्रमाण पत्र की प्रतिलिपि संलग्न करें) | Ration Card<br>(Attach Copy)<br>आवश्यक कार्ड<br>(प्रमाण पत्र की प्रतिलिपि संलग्न करें) | Any Other<br>Socio-Economic<br>प्रमाण पत्र |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------|

## "PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE:

सहायता हेतु निम्न लक्ष्य निम्न का उद्देश्य:

| Sr. No.<br>क्रम संख्या | Medical Reports/Prescriptions Attached<br>वैद्यकीय/प्रीस्क्रिप्शन के साथ प्रमाण पत्र |
|------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------|
| ①                      | Diagnosis R.E cataract<br>LE cataract                                                |
| ②                      | surgery LE cataract + PCDL                                                           |
|                        |                                                                                      |
|                        |                                                                                      |
|                        |                                                                                      |
|                        |                                                                                      |
|                        |                                                                                      |

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

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

| Sr. No.<br>क्रम संख्या | NAME of OTHER SOURCE<br>अन्य स्रोत का नाम | AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILED<br>जो प्राप्त सहायता रही |
|------------------------|-------------------------------------------|-------------------------------------------------------------|
|                        |                                           |                                                             |
|                        |                                           |                                                             |
|                        |                                           |                                                             |
|                        |                                           |                                                             |

