

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE

सहायता हेतु आवेदन फार्म

(Healthcare)

(स्वास्थ्य देखभाल)



Koshika
foundation
Building blocks of life

APPLICATION No.:

आवेदन संख्या :

B/0925/1801

APPLICATION DATE:

आवेदन तिथि

11/9/25

NAME of APPLICANT:

आवेदक का नाम

Gangamma

AGE-YEARS आयु-वर्ष

65

SEX लिंग

F

FATHER'S/SPOUSE'S NAME:

पिता/पत्नी का नाम

W/o Sitharamaiah

PRESENT RESIDENCE ADDRESS वर्तमान निवास पता

H.No- 165 4th Road Gayathramangla

Halepalya post Tiptur Taluk Tumkur District

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS: स्थायी निवास पता



pre op post op

1801 Gangamma

OCCUPATION:

व्यवसाय

Home Maker

MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)

TOTAL ANNUAL INCOME:

कुल वार्षिक आय

(Attach Proof of Income)

(आय का प्रमाण प्रस्तुत करें)

PAN No. पैन नंबर

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

क्या आप आय कर दाता हैं? (को प्रत्येक को इस पर चिह्न का निशान लगाएं):

Yes / No

हां / नहीं

FAMILY DETAILS परिवार विवरण

Sr. No. क्रम संख्या	Name of Family Member परिवार के सदस्य का नाम	Age (Years) उम्र (वर्ष)	Gender लिंग	Relation with Applicant आवेदक के साथ संबंध

BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable)

सहायता के लिए किसी आधार

BPL Card (Attach Card Copy) मिली है? (को प्रमाण प्रस्तुत करें)	EWS Certificate (Attach Certificate Copy) आपका नाम क्या प्रमाण प्रस्तुत करें? (प्रमाण प्रस्तुत करें)	Ration Card (Attach Copy) आपका नाम क्या प्रमाण प्रस्तुत करें? (प्रमाण प्रस्तुत करें)	Any Other Basis/Proof किसी अन्य आधार
--	---	---	--

"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE:

सहायता हेतु किसे करने किसी का उद्देश्य:

Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached सम्बन्धित/प्रातिपत्रों से जोड़ी गई प्रमाणित प्रतियाँ
①	Diagnosis RE cataract I.E cataract
②	Surgery RE cataract + p.c.i.o.l

ASSISTANCE BEING AWARDED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES

इस उद्देश्य के हेतु कोई 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 AWARDED कितनी राशि सहायता मिली

