

## APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE

सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)

(स्वास्थ्य देखभाल)


  
Koshika
   
foundation
   
Building Heart of life.

APPLICATION No.:

आवेदन संख्या :

B/0925/1880

APPLICATION DATE:

आवेदन तिथि

19/9/25

NAME of APPLICANT:

आवेदक का नाम

Mahadevamma

AGE-YEARS वर्ष-वर्ष

64

SEX लिंग

F

FATHER'S/SPOUSE'S NAME:

पिता/सहोदर का नाम

N/o Lingamma

PRESENT RESIDENCE ADDRESS: वर्तमान निवास पता

Belakavalli

Kattaravalli

Mandya

(5)

Kattaravalli

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS: स्थायी निवास पता

Kattaravalli



pu op post op  
1880 - mahadevamma

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. यदि उपलब्ध हो

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

क्या आप आय करदाता हैं? (जो सत्य हो उस पर तिकी का निशान लगाएं)

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>वय (वर्ष) | Gender<br>लिंग | Relation with Applicant<br>आवेदक से संबंध |
|------------------------|---------------------------------------------------|--------------------------|----------------|-------------------------------------------|
| 1                      | Sundaraji                                         | 38                       | M              | Son                                       |
|                        |                                                   |                          |                |                                           |
|                        |                                                   |                          |                |                                           |
|                        |                                                   |                          |                |                                           |
|                        |                                                   |                          |                |                                           |
|                        |                                                   |                          |                |                                           |
|                        |                                                   |                          |                |                                           |
|                        |                                                   |                          |                |                                           |

BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable):

सहायता के लिए किसी आधार

|                                                                                                      |                                                                                                              |                                                                                              |                                           |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------|
| BPC Card<br>(Attach Card Copy)<br>गरीबी रेषा के नीचे आय का<br>(प्रमाण पत्र की प्रतिलिपि संलग्न करें) | EWS Certificate<br>(Attach Certificate Copy)<br>आय और वर्ग आधार पर<br>(प्रमाण पत्र की प्रतिलिपि संलग्न करें) | Ration Card<br>(Attach Card Copy)<br>उपभोग्य कार्ड<br>(प्रमाण पत्र की प्रतिलिपि संलग्न करें) | Any Other<br>Basis/Proof<br>अन्य कोई आधार |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------|

"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE:

सहायता हेतु किसे पत्र लिखी का उद्देश्य:

| Sr. No.<br>क्रम संख्या | Medical Reports/Prescriptions Attached<br>वैद्यकीय/प्रीस्क्रिप्शन से जुड़ी की गई प्रतिलिपि प्रस्तुत करें |
|------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 1                      | Diagnosis:- RE - Prol<br>LE - cataract                                                                   |
| 2                      | Surgery:- LE - cataract + Prol                                                                           |

ASSISTANCE BEING AWAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES

इस उद्देश्य के हेतु कोई अन्य सहायता किसी अन्य स्रोत से मिल चुकी है?

| Sr. No.<br>क्रम संख्या | NAME of OTHER SOURCE<br>अन्य स्रोत का नाम | AMOUNT of ASSISTANCE BEING AWAILED<br>कोई पत्र संलग्न करें |
|------------------------|-------------------------------------------|------------------------------------------------------------|
|                        |                                           |                                                            |
|                        |                                           |                                                            |
|                        |                                           |                                                            |
|                        |                                           |                                                            |

