

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE (सहायता हेतु आवेदन फार्म)			(Healthcare) (स्वास्थ्य देखभाल)		 Koshika foundation Building Spirit of life			
APPLICATION No. आवेदन संख्या :		B/ 0925/1907		APPLICATION DATE आवेदन तिथि :		20/9/25		
NAME of APPLICANT आवेदक का नाम :			Alamelamma			AGE-YEARS आयु-वर्ष :		
			70			SEX लिंग :		
			F					
FATHER'S/SPOUSE'S NAME पिता/पति का नाम :							N/o Krishna Reddy	
PRESENT RESIDENCE ADDRESS - वर्तमान निवास पता :							Belachittareballe Thandaburu	
PERMANENT RESIDENCE ADDRESS - स्थायी निवास पता :							Chittaballapuram Kalasitake	
OCCUPATION व्यवसाय :							Home maker	
TOTAL ANNUAL INCOME कुल वार्षिक आय :							☒ MARRIED (विवाहित) / ☐ UNMARRIED (अविवाहित) (Attach Proof of Income) (आय का प्रमाण प्रस्तुत करें)	
PAN No. पैन संख्या (आवश्यक है)								
ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (TICA whichever is applicable): आप आय करदाता हैं (जो लागू हो उस पर 'हाँ' या 'नहीं' का चिह्न लगाएं)							Yes / हाँ / ☒ No / 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 से संबंध				
1	Krishna Reddy	75	M	Husband				
Basis for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable) सहायता के लिए किसी आधार								
☒ BPL Card (Attach Card Copy) गरीबी रेशा के नीचे प्रमाण पत्र (इसमें पत्र की प्रतिलिपि जोड़नी होगी)		☐ EWS Certificate (Attach Certificate Copy) आय और वर्ग प्रमाण पत्र (इसमें पत्र की प्रतिलिपि जोड़नी होगी)		☐ Ration Card (Attach Copy) उपभोगी कार्ड (इसमें पत्र की प्रतिलिपि जोड़नी होगी)		☐ Other Basic Proof अन्य कोई प्रमाण		
"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE सहायता हेतु किसे मांगें किसी का उद्देश्य:								
Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached आयुर्वेद/चिकित्सा से जुड़ी की गई प्रमाणित सूची प्रस्तुत							
1	Diagnosis - RE - cataract							
	LE - cataract							
2	Diagnosis - LE - cataract + glaucoma							
ASSISTANCE BEING AWARDED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES इस उद्देश्य के हेतु कोई अन्य सहायता किसी अन्य स्रोत से मिल चुका है?								
Sr. No. क्रम संख्या	NAME of OTHER SOURCE अन्य स्रोत का नाम			AMOUNT of ASSISTANCE BEING AWARDED कौन सा सहायता राशि				

