

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE (Healthcare)				(Healthcare) (स्वास्थ्य देखभाल)	
APPLICATION No. / आवेदन संख्या : 13/0925/1921 NAME of APPLICANT / आवेदनकर्ता का नाम : Matadevariah FATHER'S/SPOUSE'S NAME / पिता/सहोदर का नाम : S/o Shankappa PRESENT RESIDENCE ADDRESS / वर्तमान निवासी पता : matathinagar, gubbi, Kalanataka PERMANENT RESIDENCE ADDRESS / स्थायी निवासी पता : matathinagar, gubbi, Kalanataka OCCUPATION / व्यवसाय : unemployed TOTAL ANNUAL INCOME / कुल वार्षिक आय : 0 PAN No. / PAN संख्या : IF YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable) / यदि आप आय कर का भुगतान करते हैं (जो लागू हो उस पर तिकी का चिह्न लगाएं) : Yes / हाँ APPLICATION DATE / आवेदन तिथि : 28/9/25 AGE/YEARS / आयु-वर्ष : 02 SEX / लिंग : M MARRIED (TICK) / UNMARRIED (TICK) : UNMARRIED (Attach Proof of Income) / (आय का साक्ष्य प्रस्तुत करें)				 Koshika Foundation Building lives of life.	
PHOTOGRAPH / फोटो :  Signature / हस्ताक्षर : pu op - put op 1922 - matadevariah					
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 / आवेदनकर्ता के साथ संबंध	
1	matadevariah	18	F	Wife	
BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable) सहायता के लिए किसी आधार					
☒ BPL Card (Attach Card Copy) गरीबी रेशा के नीचे प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की छापी प्रतिलिपि संलग्न करें)		☐ EWS Certificate (Attach Certificate Copy) आय आय एवं प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की छापी प्रतिलिपि संलग्न करें)		☒ Ration Card (Attach Copy) अनापूर्णा कार्ड (प्रमाण पत्र की छापी प्रतिलिपि संलग्न करें)	
☐ Any Other Basis/Proof / अन्य कोई साक्ष्य					
"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE: सहायता हेतु किसे करने किसी का उद्देश्य:					
Sr. No. / क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached / स्वास्थ्य-रिपोर्ट/प्रीस्क्रिप्शन संलग्न				
1	Diagnosis - RE - cataract IE - cataract				
2	Diagnosis - IE - cataract + p. u. d.				
ASSISTANCE BEING AWAIED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES इस उद्देश्य के हेतु कहीं अन्य सहायता मिले अन्य स्रोत से प्राप्त पत्र हो?					
Sr. No. / क्रम संख्या	NAME of OTHER SOURCE / अन्य स्रोत का नाम	AMOUNT of ASSISTANCE BEING AWAIED / की गई सहायता राशि			

