

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE (सहायता हेतु आवेदन प्रारूप)		(Healthcare) (स्वास्थ्य देखभाल)		 Koshika foundation Building Worth of life			
APPLICATION No. : आवेदन संख्या : 8/0925/1953		APPLICATION DATE आवेदन तिथि : 24/9/25		  pre op - post op 1953 - Huchamma			
NAME of APPLICANT : आवेदक का नाम : Huchamma		AGE-YEARS आयु वर्ष : 78				SEX लिंग : F	
FATHER'S/SPOUSE'S NAME : पिता/पति का नाम : N/A Gange Gowda		PRESENT RESIDENCE ADDRESS : वर्तमान निवास पता : Chittagouda - Anantapur (T)					
PERMANENT RESIDENCE ADDRESS : स्थायी निवास पता : Hannan (D) Rajahmundry							
OCCUPATION : व्यवसाय : Home maker		MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित) : ☒ MARRIED					
TOTAL ANNUAL INCOME : कुल वार्षिक आय : 0		(Attach Proof of Income) (आय का प्रमाण प्रस्तुत करें)					
PAN No. : XXXXXX XXXX							
ARE YOU AN INCOME TAX RESSEE (Tick whichever is applicable): क्या आप आय का दाता हैं (जो लागू हो उस पर 'X' चिह्नित करें) : ☒ Yes / ☐ No							
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 क्या संबंध			
1	Basavateji	47	M	Son			
BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable) सहायता के लिए निहित आधार :							
☒ BPL Card (Attach Card Copy) गरीबी रेषा के नीचे आय पर (प्रमाण पत्र की प्रतिलिपि संलग्न करें)		☐ EWS Certificate (Attach Certificate Copy) अल्प आय वर्ग प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की प्रतिलिपि संलग्न करें)		☒ Ration Card (Attach Card Copy) उपभोग्य कार्ड (प्रमाण पत्र की प्रतिलिपि संलग्न करें)			
☐ Any Other Basis/Proof अन्य कोई आधार							
"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE सहायता हेतु निम्न में से किसी का उद्देश्य :							
Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached अस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई प्रतिलिपि सूची						
1	Dropanin - RE - Cataract						
	LE - Cataract						
2	Surgam - LE - Cataract + post op						
ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES इस उद्देश्य के हेतु कोई अन्य सहायता किसी अन्य स्रोत से प्राप्त हो रही है ?							
Sr. No. क्रम संख्या	NAME of OTHER SOURCE अन्य स्रोत का नाम	AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILED सी गई सहायता राशि					

