

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE

सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)

(स्वास्थ्य देखभाल)



Koshika

foundation

Building blocks of life

APPLICATION No. / आवेदन संख्या : B/0925/1990	APPLICATION DATE / आवेदन तिथि : 25/9/25
NAME of APPLICANT / आवेदक का नाम : Lakshamma	AGE-YEARS / आयु-वर्ष : 58
SEX / लिंग : F	
FATHER'S/SPOUSE'S NAME / पिता-वधू का नाम : Sh. Jaganmohan	
PRESENT RESIDENCE ADDRESS / वर्तमान निवास : change, Mahabangale (H) mandya	
PERMANENT RESIDENCE ADDRESS / स्थायी निवास : (H) Kalra Kote	



Old op - postop
1990 - Lakshamma

OCCUPATION / व्यवसाय : Home maker	MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित) : ☒ MARRIED
TOTAL ANNUAL INCOME / वार्षिक आय : 0	(Attach Proof of Income) / (आय का प्रमाण प्रस्तुत करें)

ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable) / क्या आप आय का दाता हैं (जो लागू हो उसे या सभी का चिह्नित करें) : ☒ Yes / हाँ / ☐ No / नहीं

FAMILY DETAILS / परिवार विवरण				
Sr. No. / क्र. संख्या	Name of Family Member / परिवार के सदस्यों का नाम	Age (Years) / उम्र (वर्ष)	Gender / लिंग	Relation with Applicant / आवेदक से संबंध

BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable) / आधार के तहत निवेदन किया जा रहा है			
☒ BPL Card (Attach Card Copy) / एनटीडी कार्ड का प्रमाण पत्र (आपका पत्र के साथ प्रमाण प्रस्तुत करें)	☐ EWS Certificate (Attach Certificate Copy) / आय वर्ग का प्रमाण पत्र (आपका पत्र के साथ प्रमाण प्रस्तुत करें)	☐ Ration Card (Attach Copy) / राशन कार्ड (आपका पत्र के साथ प्रमाण प्रस्तुत करें)	☒ Any Other Basis/Proof / अन्य कोई आधार

"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE / सहायता हेतु निवेदन करने का उद्देश्य	
Sr. No. / क्र. संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached / अस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई प्रतिवेदन सूची प्रस्तुत
1	Diagnosis - RE - cataract / HE - cataract
2	Surgery - RE - cataract + pex

ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES / इस उद्देश्य के हेतु कोई अन्य सहायता किसी अन्य स्रोत से प्राप्त हुई है		
Sr. No. / क्र. संख्या	NAME of OTHER SOURCE / अन्य स्रोत का नाम	AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILED / की गई सहायता राशि

