

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE

सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)

(स्वास्थ्य देखभाल)

Koshika
Foundation

Building block of life

APPLICATION No. : B/1025/2125
आवेदन संख्या :

APPLICATION DATE : 14/10/25
आवेदन तिथि

NAME of APPLICANT : Shivamma
आवेदक का नाम

AGE-YEARS मातृ-वर्ष 51
SEX लिंग F

FATHER'S/SPOUSE'S NAME : W/o Bellegowda
पिता/कन्या का नाम



Pr OP 2125
Post OP Shivamma

PRESENT RESIDENCE ADDRESS वर्तमान आवासीय पता
H.No. 254, Pulubasa Street, Terchananbikundi,
Terchananbikundi, Gundalpet (T), Ch. Sivarajpur, (D).
Bellegowda

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS : स्थायी आवासीय पता

OCCUPATION : Homemaker
व्यवसाय

MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)

TOTAL ANNUAL INCOME :
कुल वार्षिक आय

(Attach Proof of Income)
(आप का सक्षिप्त प्रमाण)

PAN No. क्या है/क्या नहीं है

ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable):
क्या आप आय का करदाता हैं (जो मान्य हो उस पर सही का चिह्न लगाएं) Yes / No हाँ / नहीं

FAMILY DETAILS परिवार विवरण

Sr. No. क्रम संख्या	Name of Family Member परिवार के सदस्यों का नाम	Age (Years) उम्र (वर्ष)	Gender लिंग	Relation with Applicant आवेदक के साथ संबंध
1	Bellegowda	61	M	Husband
2	Chinakumal	34	M	Son

BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable)
सहायता के लिए किन्ती आधार

<input checked="" type="checkbox"/> BPL Card (Attach Card Copy) गरीबी रेशा के नीचे प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें)	<input type="checkbox"/> EWS Certificate (Attach Certificate Copy) आय आधारित प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें)	<input checked="" type="checkbox"/> Ration Card (Attach Copy) उपभोग्य कार्ड (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें)	<input type="checkbox"/> Any Other Basis/Proof अन्य कोई प्रमाण
---	---	--	--

"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE:
सहायता हेतु किसे लगे चिकित्सी का उद्देश्य:

Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached अस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई प्रिलिखित सूची संलग्न
1	Diagnosis - R.E Cataract L.E Cataract
2	Surgery - L.E Cataract + P.I.O.L.

ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES
इस उद्देश्य के हेतु कोई अन्य सहायता किसी अन्य स्रोत से लिया गया है?

Sr. No. क्रम संख्या	NAME of OTHER SOURCE अन्य स्रोत का नाम	AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILED कौी गई सहायता राशी

