

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE

सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)

(स्वास्थ्य देखभाल)

Koshika  
foundation

Building block of life.

APPLICATION No. : आवेदन संख्या : B/1125/20184.

APPLICATION DATE : आवेदन तिथि 13/11/2018

NAME of APPLICANT : आवेदक का नाम Rathnamma BM.

AGE-YEARS आयु-वर्ष 66 SEX लिंग F

FATHER'S/SPOUSE'S NAME : पिता/सहस्रपति का नाम N/O Mahadevaiah.



Pre OP Post OP  
20184. Rathnamma

PRESENT RESIDENCE ADDRESS वर्तमान आवासीय पता  
Kannurhatta, Belagavihalli post, Nonavinakur,  
Tiptekal, Sakur, Ankur district Karnataka

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS : स्थाई आवासीय पता

OCCUPATION : व्यवसाय Homemaker

MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)

TOTAL ANNUAL INCOME : कुल वार्षिक आय 25000/- (Attach Proof of Income) (आय का साक्ष्य संलग्न)

PAN No. स्थाई खाता संख्या

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

FAMILY DETAILS परिवार विवरण

| Sr. No.<br>क्रम संख्या | Name of Family Member<br>परिवार के सदस्यों का नाम | Age (Years)<br>उम्र (वर्ष) | Gender<br>लिंग | Relation with Applicant<br>आवेदक के साथ सम्बन्ध |
|------------------------|---|----------------------------|----------------|---|
| /                      |   |                            |                |   |

BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable)  
सहायता के लिये विनति आधार

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

"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE:  
सहायता हेतु किये गये विनती का उद्देश्य:

| Sr. No.<br>क्रम संख्या | Medical Reports/Prescriptions Attached<br>अस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई प्रतिवेदन सूची संलग्न |
|------------------------|--|
|                        | Diagnosis LR Cataract  |
|                        | LR Cataract  |
|                        | Surgery LR Cataract + P10K   |

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

| Sr. No.<br>क्रम संख्या | NAME of OTHER SOURCE<br>अन्य स्रोत का नाम | AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILED<br>लौ गई सहायता राशि |
|------------------------|---|---|
| /                      |   |   |

