

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE

सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)

(स्वास्थ्य देखभाल)

Koshika
foundation

Building block of life.

APPLICATION No. : B/1125/2506 APPLICATION DATE : 14/11/25

NAME of APPLICANT : Savi-thamma AGE-YEARS : 65 SEX : F

FATHER'S/SPOUSE'S NAME : M.T. Nagaraju

PRESENT RESIDENCE ADDRESS : # 32/2, Bandihalli, Herasankuballi (P), Tiptur(T), Tumkur(D), Karnataka.

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS : ~~स्वायं आवासीय पता~~

Pre OP 2506 Post OP Savi-thamma

OCCUPATION : Unemployed

MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)

TOTAL ANNUAL INCOME : (Attach Proof of Income) (आप का वार्षिक आय)

PAN No. : ~~स्वायं खाता संख्या~~

ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable):

Yes / No

क्या आप आय कर दाता हैं (जो मान्य हो उस पर सही का निशान लगाएं)

हां / 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	Mallamma	45	F	Wife
2	M.T. Nagaraju	65	M	Husband

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

BPL Card (Attach Card Copy) गरीबी रेखा के नीचे प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें)	EWS Certificate (Attach Certificate Copy) अल्प आय वर्ग प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें)	Ration Card (Attach Copy) उपभोक्ता कार्ड (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें)	Any Other Basis/Proof अन्य कोई साक्ष्य
---	---	---	--

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

Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached अस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई प्रविष्टित सूची संलग्न
1	Diagnosis - RE cataract. - LE PCIOK
2	Surgery - RE Cataract + PCIOK.

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

Sr. No. क्रम संख्या	NAME of OTHER SOURCE अन्य स्रोत का नाम	AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILED शीर्षक सहायता राशि

