

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE

सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)

(स्वास्थ्य सहायता)

Koshika
foundation

Building Block of Life

APPLICATION No. / आवेदन संख्या: **R/0925/1950**

APPLICATION DATE / आवेदन तिथि: **24/9/25**

NAME of APPLICANT / आवेदन करी का नाम: **Puttamma**

AGE/YEARS / आयु-वर्ष: **60**

SEX / लिंग: **F**

FATHER'S/SPOUSE'S NAME / पिता/सहोदर का नाम: **w/o Hanumaniah**



pu op - puttup
1950 - puttamma

PRESENT RESIDENCE ADDRESS / वर्तमान निवासी का पता: **Kalimaranahalli, Bag, Vile, Anantapur**

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS / स्थायी निवासी का पता: **-----**

OCCUPATION / व्यवसाय: **Home Maker**

MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)

TOTAL ANNUAL INCOME / कुल वार्षिक आय: **-----**
(Attach Proof of Income) (आय का साक्ष्य प्रस्तुत करें)

RAN No. / आवेदन संख्या: **-----**

ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable) / क्या आप आय कर दाता हैं (को सही का टिक करें या नहीं का चिह्न लगाएं):
Yes / No / हाँ / नहीं

FAMILY DETAILS / परिवार विवरण

Sr. No. / क्र. संख्या	Name of Family Member / परिवार के सदस्य का नाम	Age (Years) / आयु (वर्ष)	Gender / लिंग	Relation with Applicant / आवेदन करी के साथ संबंध
1	Ananda	37	M	son

BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable) / आधार के लिए चिह्न लगाएं

<input type="checkbox"/> BPL Card (Attach Card Copy) / पीएल कार्ड का प्रमाण पत्र (आय कर की जांच के लिए संलग्न करें)	<input type="checkbox"/> EWS Certificate (Attach Certificate Copy) / आय कर की जांच के लिए संलग्न करें (आय कर की जांच के लिए संलग्न करें)	<input checked="" type="checkbox"/> Ration Card (Attach Copy) / राशन कार्ड (आय कर की जांच के लिए संलग्न करें)	<input type="checkbox"/> Any Other Basis/Proof / अन्य कोई प्रमाण
---	--	---	--

"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE: / कारण हेतु चिह्न करने वाले का उद्देश्य:

Sr. No. / क्र. संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached / जलवायु/पत्रिका से जारी की गई उचित/सही सूची संलग्न
1	Diagnosed - RE catarsact / LE catarsact
2	Diagnosed - RE - catarsact + p.c.i.d

ASSISTANCE BEING AWAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES / एक उद्देश्य के हेतु और अन्य सहायता मिली अन्य स्रोत से प्राप्त क्या है?

Sr. No. / क्र. संख्या	NAME of OTHER SOURCE / अन्य स्रोत का नाम	AMOUNT of ASSISTANCE BEING AWAILED / की गई सहायता का राशि

