

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE

सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)

(स्वास्थ्य देखभाल)

Koshika
Foundation

Building Block of Life

APPLICATION No. :

आवेदन संख्या :

B/0414/0169

APPLICATION DATE :

आवेदन तिथि

10/04/2017

NAME of APPLICANT :

आवेदक का नाम

Peddababaiiah

AGE-YEARS आयु-वर्ष

78

SEX लिंग

M

FATHER'S/SPOUSE'S NAME :

पिता/पत्नी का नाम

Chinna Obalalaih

PRESENT RESIDENCE ADDRESS : वर्तमान निवास पता

Chinthanaka Talapalli, K.V. Puli Mandala

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS : स्थायी निवास पता

Pales, Chittoor Dist. Andhra Pradesh

OCCUPATION :

व्यवसाय

Unemployed

TOTAL ANNUAL INCOME :

कुल वार्षिक आय

45,000/-

(Attach Proof of Income)

(आय का सबूत जोड़ें)

PAN No. यदि प्राप्त हो

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

क्या आप आय कर दाता हैं (को यहाँ से उचित चिह्न दें)

Yes / No

हाँ / नहीं

FAMILY DETAILS : "परिवार विवरण"

Sr. No. क्र. सं.	Name of Family Member परिवार के सदस्य का नाम	Age (Years) उम्र (वर्ष)	Gender लिंग	Relation with Applicant आवेदक से क्या संबंध
1)	Kanaka Raju	43	M	
2)	Gangadhar	38	M	
	One Daughter		Married	

BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable)

सहायता के लिए कौन सा कारण

BPL Card (Attach Card Copy) परीची कार्ड का प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र को साथ में जमा करें)	EWS Certificate (Attach Certificate Copy) आय और वर्ग प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र को साथ में जमा करें)	Ration Card (Attach Copy) राशनकार्ड का प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र को साथ में जमा करें)	Any Other Basis/Proof अन्य कोई सबूत
---	---	---	---

"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE:

सहायता हेतु किसे लक्ष्य बनाने का उद्देश्य:

Sr. No. क्र. सं.	Medical Reports/Prescriptions Attached स्वास्थ्य/चिकित्सा से संबंधित कोई भी प्रमाणित दस्तावेज
	DDV for Right Eye
	Cataract for Right Eye

ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES

क्या उद्देश्य के लिए कोई अन्य सहायता मिली है अन्य स्रोतों से प्राप्त हो

Sr. No. क्र. सं.	NAME of OTHER SOURCE अन्य स्रोत का नाम	AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILED कौन सा सहायता मिली
	B.W.L.E.H	



0169 peddababaiiah
pre-op - bapxial
post-op

