

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE

सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)

(स्वास्थ्य देखभाल)

Koshika
foundationAPPLICATION No. /
आवेदन संख्या :

B/0717/0171

APPLICATION DATE /
आवेदन तिथि :

10/07/2017

NAME of APPLICANT /
आवेदन करने वाले

Krishna Chary

AGE-YEARS /
वयस वर्ष

65

SEX /
लिंग

M

FATHER'S/SPOUSE'S NAME /
पिता/पत्नी का नाम

Venkataswada chary

PRESENT RESIDENCE ADDRESS /
वर्तमान निवास पता

Nallagutta R.S. Mutakalacheswari

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS /
स्थायी निवास पता

Mandla town, Pitha, Chittoor Dist Andhra Pradesh

OCCUPATION /
व्यवसाय

Carpenter

TOTAL ANNUAL INCOME /
कुल वार्षिक आय

5,000/-

(Attach Proof of Income)

(आय का प्रमाण संलग्न करें)

PAN No. /
PAN संख्या

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

हम आप आय करदाता हैं (को मान्य हो उसे या नहीं का चिह्न लगाएं)

Yes / No

हां / नहीं

FAMILY DETAILS /
परिवार विवरण

Sr. No. क्र. सं.	Name of Family Member परिवार के सदस्य का नाम	Age (Years) वयस (वर्ष)	Gender लिंग	Relation with Applicant आवेदन करने वाले के संबंध
1	Mallikarjuna Chary	65	M	Son
	Two Daughters Married			

BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable)

सहायता के लिए निम्न आधार

BPL Card (Attach Card Copy) राशन कार्ड का प्रमाण पत्र (आय का कोई प्रमाण नहीं देना पड़ेगा)	EWS Certificate (Attach Certificate Copy) आय आय का प्रमाण पत्र (आय का कोई प्रमाण नहीं देना पड़ेगा)	Ration Card (Attach Card Copy) राशन कार्ड का प्रमाण पत्र (आय का कोई प्रमाण नहीं देना पड़ेगा)	Any Other Basis/Proof आय का कोई प्रमाण
--	---	---	--

"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE:

सहायता हेतु निम्न कारण लिखें:

Sr. No. क्र. सं.	Medical Reports/Prescriptions Attached स्वास्थ्य/चिकित्सा के प्रति डॉ. की नई प्रमाणित प्रमाणित प्रमाणित
	DOV for Left Eye
	Cataract for Left Eye

ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES

क्या उद्देश्य के लिए कोई अन्य सहायता मिली है या नहीं के लिए पता दें

Sr. No. क्र. सं.	NAME of OTHER SOURCE अन्य स्रोत का नाम	AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILED कोई नई सहायता पत्र
	B. W. L. P. H.	



0171 Krishna Chary
0171 Krishna Chary

