

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE

सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)

(स्वास्थ्य देखभाल)

Koshika
foundation

Building blocks of life

APPLICATION No.:

आवेदन संख्या:

B/0711/0173

APPLICATION DATE:

आवेदन तिथि

NAME OF APPLICANT:

आवेदक का नाम

Nagaiah

AGE-YEARS आयु-वर्ष

65

SEX लिंग

M

FATHER/SPOUSE'S NAME:

पिता/पत्नी का नाम

Siddaiah

PRESENT RESIDENCE ADDRESS वर्तमान निवास पता

Nuthanakaluvu, Gannimetta, KVpath

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS: स्थायी निवास पता

Mandakam, Pitha, Chittoor Dist, Andhra Pradesh

OCCUPATION:

व्यवसाय

Labour

SOCIAL ANNUAL INCOME:

सामाजिक वार्षिक आय

52,000/-

(Attach Proof of Income)

(आय का प्रमाण संलग्न करें)

PAN No. आय का कर पहचान संख्या

ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable):
आप क्या आय कर दाता हैं (जो बॉक्स को उभारें या नहीं उभारें)

Yes / No

हां / नहीं

FAMILY DETAILS परिवार विवरण

Sr. No. क्रम संख्या	Name of Family Member परिवार के सदस्य का नाम	Age (Years) वय (वर्ष)	Gender लिंग	Relation with Applicant आवेदक से क्या संबंध
1	Gangaiah	40	M	Son
2	Chandra	30	M	Son

BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable)
सहायता के लिए किसी आधार

BPL Card (Attach Card Copy) गरीबी रेश का प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की प्रतिलिपि संलग्न करें)	EWS Certificate (Attach Certificate Copy) अन्य आय का प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की प्रतिलिपि संलग्न करें)	Ration Card (Attach Copy) राशन कार्ड का प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की प्रतिलिपि संलग्न करें)	Any Other Basis/Proof अन्य कोई आधार
--	--	---	---

"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE:

सहायता हेतु किसे यह किसी का उद्देश्य:

Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached आपका/आपकी से जोड़ी की गई प्रमाणित दवाई संलग्न
	DOV for Right Eye
	Cataract for Right Eye

ASSISTANCE BEING AWARDED IN SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES
इस उद्देश्य के हेतु कोई अन्य सहायता किसी अन्य स्रोत से मिल चुकी है?

Sr. No. क्रम संख्या	NAME of OTHER SOURCE अन्य स्रोत का नाम	AMOUNT of ASSISTANCE BEING AWARDED तो यह सहायता कितनी
	B.W.L.E.H	

0173 0173
Nagaiah Nagaiah
pre op post op

