

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE

सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)

(स्वास्थ्य देखभाल)

Koshika
foundation

APPLICATION No. /

आवेदन क्रमांक :

B/0717/0174

APPLICATION DATE /

आवेदन तिथि

NAME of APPLICANT /

आवेदक का नाम

Paksuddin

AGE-YEARS आयु-वर्ष

SEX लिंग

65

M

FATHER'S/SPOUSE'S NAME /

पिता/पत्नी का नाम

S. Thomas S. L.

PRESENT RESIDENCE ADDRESS - वर्तमान निवास पता

Chappudavallipalli - Sundapalli Mandalam

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS - स्थायी निवास पता

Piler, Chittur Dist. Andhra Pradesh.

OCCUPATION /

व्यवसाय

Labour

TOTAL ANNUAL INCOME /

कुल वार्षिक आय

45,000/-

(Attach Proof of Income)

(आय का प्रमाण प्रस्तुत करें)

PAN No. क्या है (आय कर)

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

क्या आप आय कर दाता हैं (को चयन करें जो लागू हो या नहीं का निराकरण करें)

Yes / No

हाँ / नहीं

Sl. No.

क्रम संख्या

Name of Family Member

परिवार के सदस्य का नाम

Age (Years)

उम्र (वर्ष)

Gender

लिंग

Relation with Applicant

आवेदक से क्या संबंध

Thomas Rasha
Shree

27

M

Son

One Daughter Married

BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable)

सहायता के लिए निवेदन आधार

BPL Card

(Attach Card Copy)

कोई भी कार्ड जो संलग्न करें

(आय कर को संलग्न करें)

BWS Certificate

(Attach Certificate Copy)

आय कर का प्रमाण पत्र

(आय कर को संलग्न करें)

Ration Card

(Attach Copy)

आवश्यकता कार्ड

(आय कर को संलग्न करें)

Any Other

Basis/Proof

आय कर का प्रमाण

"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE

सहायता हेतु निवेदन करने के लिए कारण

Medical Reports/Prescriptions Attached

आवश्यक/प्रीस्क्रिप्शन जो संलग्न करें या नहीं प्रमाणित करने के लिए

Doc for Right Eye

Cataract for Right Eye

ASSISTANCE BEING AWARDED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES

क्या उद्देश्य के लिए कोई अन्य सहायता मिलेगी और क्यों के लिए यह है?

Sl. No.

क्रम संख्या

NAME of OTHER SOURCE

अन्य स्रोत का नाम

AMOUNT of ASSISTANCE BEING AWARDED

कितनी राशि सहायता मिलेगी

B.W.L.B.H.

