

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE

सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)

(स्वास्थ्य देखभाल)

Koshika
Foundation
Building Block of Life

APPLICATION No.:

आवेदन संख्या :

B/0417/0176

APPLICATION DATE:

आवेदन तिथि

10/07/2017

NAME of APPLICANT:

आवेदक का नाम

Chandrasiah

AGE-YEARS वर्ग-वर्ष

66

SEX लिंग

M

FATHER'S/SPOUSE'S NAME:

पिता/पत्नी का नाम

M. pullaiah

PRESENT RESIDENCE ADDRESS वर्तमान निवास पता

yeguvagura, Nallaguthipalli

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS: वर्ग निवास पता

Chandrapalli mandalam, pithu, Chittoor dist.

OCCUPATION:

व्यवसाय

Farmer

TOTAL ANNUAL INCOME:

कुल वार्षिक आय

55,000

(Attach Proof of Income)

(आय का प्रमाण संलग्न करें)

PAN No. वर्ग पत्र संख्या

ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable):
आप आय कर का भुक्तान करते हैं (को मान्य हो उस पर चिह्न काटें)

Yes / No

हाँ / नहीं

FAMILY DETAILS: परिवार विवरण

Sr. 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
1)	Suresh Kumar	35		
2)	Sudarshan	30		
	One Daughter			

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

BPL Card (Attach Card Copy) पोस्टो कार्ड का प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की प्रतिलिपि संलग्न करें)	EWS Certificate (Attach Certificate Copy) आय और वर्ग प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की प्रतिलिपि संलग्न करें)	Ration Card (Attach Card Copy) राशनकार्ड कार्ड (प्रमाण पत्र की प्रतिलिपि संलग्न करें)	Any Other Basis/Proof अन्य कोई प्रमाण
---	--	--	---

"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE:
सहायता हेतु निम्न लक्ष्य का उद्देश्य:

Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached आयुर्वेद/चिकित्सा से जुड़ी कोई भी प्रमाणित प्रतिलिपि संलग्न
	DOV for Right Eye
	cataract for Right Eye

ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES
इस उद्देश्य के हेतु कोई अन्य सहायता किसी अन्य स्रोत से प्राप्त हुई है?

Sr. No. क्रम संख्या	NAME of OTHER SOURCE अन्य स्रोत का नाम	AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILED सी पर प्राप्त सहायता राशि
	B.W L.E.H	

0176 0176
Chandrasiah Chandrasiah
pro of post of

