

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE

साहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)

(स्वास्थ्य सहायता)

Koshika
foundation

Building Blocks of Life

APPLICATION No. : 1079/0179 APPLICATION DATE : 10/07/2019

NAME of APPLICANT : Redappa AGE-YEARS : 55 SEX : M

FATHER/SPOUSE'S NAME :
पिता/पत्नी का नामPRESENT RESIDENCE ADDRESS :
Bardhaman, Sonam Bazar, P.O.PERMANENT RESIDENCE ADDRESS :
Mandahar, Chittan Bazar, BardhamanOCCUPATION :
LabourTOTAL ANNUAL INCOME :
₹ 49,000/-(Attach Proof of Income)
(आप का आय प्रमाण)PAN No. :
आप का आय प्रमाणARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable):
आप आय करदाता हैं (को प्रमाणित करें कि आप आय करदाता हैं)Yes / No
हाँ / नहीं

FAMILY DETAILS

Sr. No. क्र. सं.	Name of Family Member परिवार के सदस्य का नाम	Age (Years) उम्र (वर्ष)	Gender लिंग	Relation with Applicant आपक से संबंध
1)	Ashuk Babu	35	M	son
2)	Babu	18	M	son

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

BPL Card (Attach Card Copy) गरीबी रक्षा के प्रमाण पत्र (आपक से सहायता के लिए प्रमाण पत्र)	EWS Certificate (Attach Certificate Copy) आय प्रमाण पत्र (आपक से सहायता के लिए प्रमाण पत्र)	Ration Card (Attach Copy) आवश्यकता आधारित कार्ड (आपक से सहायता के लिए प्रमाण पत्र)	Any Other Basis/Proof आपक से सहायता के लिए प्रमाण
--	--	---	--

"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE:

आपक से सहायता के लिए उद्देश्य:

Sr. No. क्र. सं.	Medical Reports/Prescriptions Attached आवश्यक/आवश्यक से संबंधित प्रमाण पत्र
	200 for Right Eye
	Cataract for Right Eye

ASSISTANCE BEING AWARDED BY SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES

इस उद्देश्य से सहायता के लिए अन्य सहायता के लिए प्रमाण पत्र

Sr. No. क्र. सं.	NAME of OTHER SOURCE आपक से सहायता के लिए	AMOUNT of ASSISTANCE BEING AWARDED आपक से सहायता के लिए
	B.W.L.C.H	

0179 0179
Reddappa Reddappa
pro op post op

