

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE

सहायता हेतु आवेदन फार्म

(Healthcare)

(स्वास्थ्य देखभाल)

Koshika
foundationAPPLICATION No. /
आवेदन संख्या :

B/0717/0180

APPLICATION DATE /
आवेदन तिथि

10/07/2017

NAME of APPLICANT /
आवेदन का नाम

Krishna Reddy

AGE-YEARS आयु-वर्ष

65

SEX लिंग

M

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

Ganga Reddy

PRESENT RESIDENCE ADDRESS /
वर्तमान निवास पता

Greenpatti, K.V. Reddy mandalam

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS /
स्थायी निवास पता

Palem Chittoor Dist. Andhra Pradesh

OCCUPATION /
व्यवसाय

Labour

TOTAL ANNUAL INCOME /
कुल वार्षिक आय

40,000/-

(Attach Proof of Income)

(आय का प्रमाण संलग्न करें)

PAN No. /
पैन संख्याARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable):
क्या आप आय करदाता हैं? (को घालें जो लागू हो):Yes / No
हां / नहींFAMILY 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 आवेदन के साथ संबंध
	Venkata Ramana Reddy	40	M	Son
	Madhavi Mahana Reddy	35	M	Son

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

BPL Card (Attach Card Copy) पोषण रिकार्ड के साथ प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र को साथ में संलग्न करें)	BPL Certificate (Attach Certificate Copy) आय कर का प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र को साथ में संलग्न करें)	Ration Card (Attach Copy) रसदानी कार्ड (प्रमाण पत्र को साथ में संलग्न करें)	Any Other Basis/Proof आय प्रमाण पत्र
---	--	--	--

"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE:

सहायता हेतु निम्न में से किसी का उद्देश्य:

Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached आपका/आवेदन के साथ जो भी प्रमाण पत्र संलग्न करें
	120V for Right Eye
	Cataract for Right Eye

ASSISTANCE BEING AWARDED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES

इस उद्देश्य के लिए कोई अन्य सहायता किसी अन्य स्रोत से मिल रही है?

Sr. No. क्रम संख्या	NAME of OTHER SOURCE आय स्रोत का नाम	AMOUNT of ASSISTANCE BEING AWARDED जो भी सहायता मिल रही है
	B.W.L.E.H	

