

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE

सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)

(स्वास्थ्य देखभाल)

Koshika
Foundation

0186 0186
P. Ramachandra P. Ramachandra
poe op - chandoo poe op

APPLICATION No.:

आवेदन संख्या:

B-47/0186

APPLICATION DATE:

आवेदन तिथि

10/07/2017

NAME OF APPLICANT:

आवेदन का नाम

P. Ramachandra

AGE-YEARS

वर्ष-वर्ष

SEX

लिंग

65

M

FATHER'S/SPOUSE'S NAME:

पिता/पत्नी का नाम

Kamanna

PRESENT RESIDENCE ADDRESS

वर्तमान आवासीय पता

Munallapalli, Kalikini mandalam

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS

स्थायी आवासीय पता

P. Chittoor, Chittoor Dist., Andhra Pradesh

OCCUPATION:

व्यवसाय

farmer

TOTAL ANNUAL INCOME:

कुल वार्षिक आय

45,000/-

(Attach Proof of Income)

(आय का प्रमाण प्रस्तुत करें)

PAY No. यदि प्राप्त हो

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

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

Yes / No

हां / नहीं

FAMILY DETAILS परिवार विवरण

Sr. No. क्र. सं.	Name of Family Member परिवार के सदस्य का नाम	Age (Years) उम्र (वर्ष)	Gender लिंग	Relation with Applicant आवेदन के साथ संबंध
1	Kameshwar	32	M	Son
2	Ramesh	30	M	Son
	One Daughter			

BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable)

आवेदन के लिए आधार

BK Card (Attach Card Copy) कोई भी प्रकार के बीमा प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र को साथ में प्रस्तुत करें)	BK Certificate (Attach Certificate Copy) आय कर का प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र को साथ में प्रस्तुत करें)	Ration Card (Attach Card Copy) आवेदन का कार्ड (प्रमाण पत्र को साथ में प्रस्तुत करें)	Any Other Basis/Proof अन्य कोई आधार
--	---	---	---

"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE:

सहायता हेतु किसे क्या विवरण का उद्देश्य:

Medical Report/Prescriptions Attached

अनुसंधान/पत्रिका से जोड़ी की गई प्रतिलिपि प्रस्तुत करें

DOV for Right Eye.

Cataract for Right Eye

ASSISTANCE BEING AWAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES

इस उद्देश्य के लिए कोई अन्य सहायता किसे अन्य स्रोत से प्राप्त हो रही है?

Sr. No. क्र. सं.	NAME of OTHER SOURCE अन्य स्रोत का नाम	AMOUNT of ASSISTANCE BEING AWAILED जो प्राप्त हो रहा है
	B.W.L.E.H.	

