

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE

सहायता हेतु आवेदन प्रकरण

(Healthcare)
(स्वास्थ्य देखभाल)Koshika
foundationAPPLICATION No. :
आवेदन संख्या :

B/0717/0187

APPLICATION DATE :
आवेदन तिथि

10/07/2017

NAME OF APPLICANT :
आवेदक का नाम

Srinivasulu

AGE-YEARS मनु-वर्ष

SEX लिंग

55

M

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

Venkatalappa

PRESENT RESIDENCE ADDRESS :
वर्तमान निवास पता

Baburaoipalli, Isikonda Mandulam

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS :
स्थायी निवास पता

Petro, Chittoor Dist. Andhra Pradesh

OCCUPATION :
व्यवसाय

Farmer

TOTAL ANNUAL INCOME :
कुल वार्षिक आय

50,000/-

(Attach Proof of Income)
(आय का प्रमाण प्रस्तुत करें)

PAN No. यदि प्राप्त हो

ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable):
क्या आप आय करदाता हैं? (जो लागू हो उसे चिह्नित करें)Yes / No
हां / नहींSl. No.
क्र. सं.Name of Family Member
परिवार के सदस्य का नामAge (Years)
उम्र (वर्ष)Gender
लिंगRelation with Applicant
आवेदक से संबंध

1) Reddy Shekhar

31

M

Son

2) Dhara Anjanyah

27

M

Son

BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable)
सहायता के लिए विधि आधारBPL Card
(Attach Card Copy)
भारतीय निम्न वर्ग के लोग प्रमाण पत्र
(प्रमाण पत्र की प्रतिलिपि जोड़ें)EWS Certificate
(Attach Certificate Copy)
अल्प आय वर्ग प्रमाण पत्र
(प्रमाण पत्र की प्रतिलिपि जोड़ें)Ration Card
(Attach Card Copy)
राशन कार्ड
(प्रमाण पत्र की प्रतिलिपि जोड़ें)Any Other
Basis/Proof
अन्य कोई प्रमाण"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE:
सहायता हेतु विधि एवं विधि का उद्देश्य:Sl. No.
क्र. सं.Medical Reports/Prescriptions Attached
अनुसंधान/प्रीति से जारी की गई प्रमाणित प्रतिलिपि

2500 for Right Eye

Cataract for Right Eye

ASSISTANCE BEING AWARDED IN SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES
इस उद्देश्य के हेतु कोई अन्य सहायता किसी अन्य स्रोत से प्राप्त हुई है?Sl. No.
क्र. सं.NAME of OTHER SOURCE
अन्य स्रोत का नामAMOUNT of ASSISTANCE BEING AWARDED
जो प्राप्त किया गया है

B.W.L.E.H

