

## APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE

सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)

(स्वास्थ्य देखभाल)

Koshika  
Foundation

Building trust of life.



0188 peddabadda pro  
0188 peddabadda pro

APPLICATION No.:

आवेदन संख्या

B/0717/0188

APPLICATION DATE:

आवेदन तिथि

10/07/2017

NAME of APPLICANT:

आवेदनकर्ता का नाम

Peddabaddappa

AGE-YEARS

वर्ष-वर्ष

SEX

लिंग

65

M

FATHER/SPOUSE'S NAME:

पिता/पत्नी का नाम

Chinnappa

PRESENT RESIDENCE ADDRESS

वर्तमान निवास पता

K. Vaddipalli, Seerapalli, KV Patti

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS

स्थायी निवास पता

Mandabam, Pilla Chittoor, Andhra Pradesh

OCCUPATION:

व्यवसाय

Labour

TOTAL ANNUAL INCOME:

कुल वार्षिक आय

40,000/-

(Attach Proof of Income)

(आय का प्रमाण संलग्न करें)

FAN No. (यदि प्राप्त हो)

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

आप क्या आय कर दाता हैं? (को चिह्न दें जो लागू हो)

Yes / No

हाँ / 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

आवेदनकर्ता से संबंध

Two Daughters Married

BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable)

सहायता के लिए निम्न आधार

BPL Card

(Attach Card Copy)

गरीबी रेशा के पत्र संलग्न करें

(यदि यह को लागू हो तो चिह्न दें)

EWS Certificate

(Attach Certificate Copy)

आय कर को लागू करें

(यदि यह को लागू हो तो चिह्न दें)

Ration Card

(Attach Card Copy)

रसदानी कार्ड

(यदि यह को लागू हो तो चिह्न दें)

Any Other Basis/Proof

अन्य कोई आधार

अन्य कोई प्रमाण

"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE:

सहायता हेतु निम्न लक्ष्य

Sr. No.

क्र. सं.

Medical Reports/Prescriptions Attached

वैद्यकीय रिपोर्ट/प्रेस्क्रिप्शन संलग्न करें

Doc for Left Eye

Cataract for Left 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.

क्र. सं.

NAME of OTHER SOURCE

अन्य स्रोत का नाम

AMOUNT of ASSISTANCE BEING AWARDED

उसी लक्ष्य के लिए मिल रही है

B.W.L.E.H.

