

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE

सहायता हेतु आवेदन फार्म

(Healthcare)

(स्वास्थ्य देखभाल)

Koshika
foundation

Building Block of Life

APPLICATION No. :

आवेदन संख्या :

B/0717/0190

APPLICATION DATE :

आवेदन तिथि

10/07/2017

NAME of APPLICANT :

आवेदक का नाम

Ramanji nayudu

AGE-YEARS मनु-वर्ष

58

SEX लिंग

M

FATHER'S/SPOUSE'S NAME :

पिता/पत्नी का नाम

Nagappa Nayudu

PRESENT RESIDENCE ADDRESS/ वर्तमान निवास का

Jaguvapalyam, Kalabada mandaham

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS : वास्तव निवास का

Piles, Chittoor Dist, Andhra Pradesh

OCCUPATION :

व्यवसाय

Farmer

TOTAL ANNUAL INCOME :

कुल वार्षिक आय

45,000/-

(Attach Proof of Income)

(आय का प्रमाण संलग्न करें)

PAN No. (आय कर पहचान संख्या)

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

आप आय कर का शीर्षक हैं (को यांचा हो तब या च्या हो चिह्नित करणें)

Yes / No

हो / नहीं

FAMILY 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 संबंध का नाम
1	Sri Balaji	17	M	Son
	Three	Daughter		

BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable)

आधार के लिए विवरण भरें

BPL Card (Attach Card Copy) पोषी कार्ड का प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र को साथ में संलग्न करें)	CWS Certificate (Attach Certificate Copy) आय कर का प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र को साथ में संलग्न करें)	Ration Card (Attach Card Copy) रसदवाज कार्ड (प्रमाण पत्र को साथ में संलग्न करें)	Any Other Basis/Proof आय का प्रमाण
---	--	---	--

"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE:

सहायता हेतु दिने की विली का उद्देश्य:

Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached आयुर्वेद/चिकित्सा से चिकीत्सा के लिए प्रमाण पत्र
	Doc for Right Eye.
	Cataract for Right Eye.

ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES

इस उद्देश्य के लिए कोई अन्य सहायता विली अन्य स्रोत से लिया गया है?

Sr. No. क्रम संख्या	NAME of OTHER SOURCE आय स्रोत का नाम	AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILED ले गई सहायता राशि
	B.W.L.E.H	



0190 Ramaji nayudu page
0190 Ramaji nayudu part of

