

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE

सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)
(स्वास्थ्य देखभाल)Koshika
foundation
Building back of lifeA. Siddamma 0191
0191- A. Siddamma
pre op post op

APPLICATION No.:

आवेदन संख्या:

B/0417/091

APPLICATION DATE:

आवेदन तिथि

10/07/2017

NAME OF APPLICANT:

आवेदक का नाम

A. Siddamma

AGE-YEARS

वर्ष-वर्ष

SEX

लिंग

55

F

FATHER/SPOUSE'S NAME:

पिता/पत्नी का नाम

Lakshmana

PRESENT RESIDENCE ADDRESS

वर्तमान निवास पता

#12/79, Channa Sivasipalli, Kalikot

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS

स्थायी निवास पता

Mandam, Ples Chikmagal, Arthimur

OCCUPATION:

व्यवसाय

House wife

TOTAL ANNUAL INCOME:

कुल वार्षिक आय

50,000 (family income)

(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 कादादा हैं (जो सही हो उसे चिह्नित करें)

Yes / No

हाँ / 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 आवेदक से संबंध
1	Venkaatesan	30	m	son

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

BPL Card (Attach Card Copy) गरीबी रखा के पीछे प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की प्रतिलिपि संलग्न करें)	BWS Certificate (Attach Certificate Copy) आय कर का प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की प्रतिलिपि संलग्न करें)	Ration Card (Attach Card Copy) रसदवाली कार्ड (प्रमाण पत्र की प्रतिलिपि संलग्न करें)	Any Other Basis/Proof अन्य कोई प्रमाण
---	--	--	--

"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE:
सहायता हेतु निवेदन करने के उद्देश्य

Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached आयुर्वेदिक/चिकित्सा के पत्रों की प्रतिलिपि संलग्न करें
	Dov for Right Eye
	Cataract for Right Eye

ASSISTANCE BEING AVAILED IN SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES
इस उद्देश्य के हेतु कोई अन्य सहायता किसे अन्य स्रोतों से प्राप्त है?

Sr. No. क्रम संख्या	NAME of OTHER SOURCE अन्य स्रोत का नाम	AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILED जो प्राप्त किया गया है
	B.W.L.C.H	

