

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE

सहायता हेतु आवेदन फार्म

(Healthcare)

(स्वास्थ्य देखभाल)

Koshika
Foundation
Building Minds of the0192 0192
Ramaramma Ramaramma
pro op pad of

APPLICATION No.: 13/07/17/0192 APPLICATION DATE: 10/07/2017

NAME of APPLICANT: Ramaramma AGE-YEARS: 60 SEX: F

FATHER'S/SPOUSE'S NAME: Venkatappa

PARENTS' RESIDENCE ADDRESS: Piddagalligalli

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS: Ramapacherla mandal, Piler, Chittoor Dist. Andhra Pradesh

OCCUPATION: House wife

TOTAL ANNUAL INCOME: 52,000/- Family Income (Attach Proof of Income)

PAN No. XXX XXX XXX

ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable)
आप आय कर का दाता हैं (को मान्य हो या नहीं का चिह्न लगाएं)Yes / No
हां / नहीं

FAMILY DETAILS परिवार विवरण

Sl. No. क्रम संख्या	Name of Family Member परिवार के सदस्य का नाम	Age (Years) उम्र (वर्ष)	Gender लिंग	Relation with Applicant आवेदक से क्या संबंध
	Redappa	38	M	Son
	One Daughter		married	

BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable)
आवेदन के लिए कौन सा आधार

BPL Card (Attach Card Copy) राशन कार्ड की प्रत जोड़ें (अन्य पर भी लागू हो तो चिह्न दें)	BWS Certificate (Attach Certificate Copy) आय कर का प्रमाण पत्र (अन्य पर भी लागू हो तो चिह्न दें)	Ration Card (Attach Copy) आवेदन कार्ड (अन्य पर भी लागू हो तो चिह्न दें)	Any Other Basic/Proof अन्य कोई प्रमाण
---	--	---	---

"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE:
आवेदन हेतु किसे क्या सिद्ध हो रहा है:Medical Reports/Prescriptions Attached
आवेदन/पत्रिका से जोड़ी की गई प्रमाणित प्रतें जोड़ें

Sl. No. क्रम संख्या	
	Duv for Left Eye
	Contact for Left Eye

ASSISTANCE BEING AWARDED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES
इस उद्देश्य के हेतु कोई अन्य सहायता मिली अन्य स्रोत से किसे क्या हो?

Sl. No. क्रम संख्या	NAME of OTHER SOURCE अन्य स्रोत का नाम	AMOUNT of ASSISTANCE BEING AWARDED सी गई सहायता राशि
	B.W.L.E.H	

