

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE

सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)

(स्वास्थ्य देखभाल)

Koshika
Foundation

Building block of life

APPLICATION No.:

आवेदन संख्या:

B/0817/0231

APPLICATION DATE:

आवेदन तिथि

08/08/2017

NAME of APPLICANT:

आवेदक का नाम

K. Shankaramma

AGE-YEARS आयु-वर्ष

57

SEX लिंग

F

FATHER'S/SPOUSE'S NAME:

पिता/कटुम्भ का नाम

Sri Ramulu

PRESENT RESIDENCE ADDRESS

वर्तमान आवास पता

Thalagustapalli, Vayalpadu Mandalam

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS

स्थायी आवास पता

Piler, Chittoor Dist. Andhra Pradesh

OCCUPATION:

व्यवसाय

labour

TOTAL ANNUAL INCOME:

कुल वार्षिक आय

50,000/-

PAN No. स्थाई खाता संख्या

ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable):
क्या आप आय कर दाता है (जो नाम हो उस पर सही का चिह्न लगाए)

Yes / No
हां / नहीं

MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)

(Attach Proof of Income)
(आय का साक्ष्य संलग्न)



0231 0231
K. Shankaramma K. Shankaramma
Pre-op Post-op

Sr. No.
क्रम संख्या

Name of Family Member
परिवार के सदस्यों का नाम

FAMILY DETAILS परिवार विवरण

Age (Years)
उम्र (वर्ष)

Gender
लिंग

Relation with Applicant
आवेदक के साथ सम्बन्ध

Narasimhulu

24

m

son

Ravindora

19

m

son

One Daughters Married

BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable)
सहायता के लिये विधि आधार

BPL Card
(Attach Card Copy)
गरीबी रेखा के नीचे प्रमाण पत्र
(प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें)

EWS Certificate
(Attach Certificate Copy)
आय आय वर्ग प्रमाण पत्र
(प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें)

Ration Card
(Attach Copy)
उपभोक्ता कार्ड
(प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें)

Any Other
Basis/Proof
अन्य कोई साक्ष्य

"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE:
सहायता हेतु किये गये निम्नी का उद्देश्य:

Medical Reports/Prescriptions Attached
अस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई प्रतिवेदन सूची संलग्न

Doc for Right Eye.

RE - STCS + IOL

ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES
इस उद्देश्य के हेतु कोई अन्य सहायता किसी अन्य स्रोत से लिया गया है?

NAME of OTHER SOURCE
अन्य स्रोत का नाम

AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILED
ले गई सहायता राशि

B.W.L.E.H.

