

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE

सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)
(स्वास्थ्य देखभाल)

10753

Koshika
foundation
Building block of life

APPLICATION No.:
आवेदन संख्या:

B1081710237

APPLICATION DATE:
आवेदन तिथि

08/03/2017

NAME of APPLICANT:
आवेदक का नाम

Padmavathamma

AGE-YEARS आयु-वर्ष

SEX लिंग

66

F

FATHER'S/SPOUSE'S NAME:
पिता/कन्या का नाम

Sasikrishna

PRESENT RESIDENCE ADDRESS वर्तमान आवासीय पता

Diguna hogab. Hsijamada K.Vpalli

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS स्थायी आवासीय पता

Nandabam, Pites, Chittoor Dist, Andhra Pradesh

OCCUPATION:
व्यवसाय

TOTAL ANNUAL INCOME:
कुल वार्षिक आय

Housewife (Family Income)

MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)

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

PAN No. स्थायी आयकर संख्या

550001-

ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable):
क्या आप आय करदाता हैं (जो मान्य हो उस पर सही का निशान लगाएं)

Yes / No
हां / नहीं

FAMILY DETAILS परिवार विवरण

Sr. No.
क्रम संख्या

Name of Family Member
परिवार के सदस्यों का नाम

Age (Years)
उम्र (वर्ष)

Gender
लिंग

Relation with Applicant
आवेदक के साथ सम्बन्ध

1.

Vijay Kumar

40

M

Son

2.

Pooja

38

M

Son

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

BPL Card
(Attach Card Copy)

गरीबी रेशा के नीचे प्रमाण पत्र
(प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें)

EWS Certificate
(Attach Certificate Copy)

अल्प 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 सबूत

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

Medical Reports/Prescriptions Attached
अस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई प्रविष्टि/प्राति संलग्न

DOV for Right Eye

RE-SICS + IOL

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

NAME of OTHER SOURCE
अन्य स्रोत का नाम

AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILED
नी गई सहायता राशि

B.W.L.E.H

