

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE

सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)

(स्वास्थ्य देखभाल)

Koshika
foundation

Building block of life.

APPLICATION No. :
आवेदन संख्या :

B/0817/0240

APPLICATION DATE :
आवेदन तिथि

08/08/2017

NAME of APPLICANT :
आवेदक का नाम

A. Jayamma

AGE-YEARS आयु-वर्ष

60

SEX लिंग

F

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

Narayana

PRESENT RESIDENCE ADDRESS वर्तमान आवासीय पता

Hogala, K.V. Patti Mandabam

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS : स्थाई आवासीय पता

Pulur, Ch. Hoor Dist. Andhra Pradesh

OCCUPATION :
व्यवसाय

Labours

TOTAL ANNUAL INCOME :
कुल वार्षिक आय

50,000/-

MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)

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

PAN No. स्थाई खाता संख्या

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

Yes / No
हां / नहीं

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

Venkataramana

35

m

Son

Ananda

30

m

Son

Two

Daughters

married

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

BPL Card
(Attach Card Copy)

EWS Certificate
(Attach Certificate Copy)

Ration Card
(Attach Copy)

Any Other
Basis/Proof

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

अल्प आय वर्ग प्रमाण पत्र
(प्रमाण पत्र को छाया प्रति संलग्न करें)

उपभोक्ता कार्ड
(प्रमाण पत्र को छाया प्रति संलग्न करें)

अन्य कोई साक्ष्य

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

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

DOV for Right Eye

STCS + IOL

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

NAME of OTHER SOURCE
अन्य स्रोत का नाम

AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILED
ली गई सहायता राशी

B.W.L.E.H



0240 0240
A Jayamma A Jayamma
Pre-op Post-op

