

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE

सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)

(स्वास्थ्य देखभाल)

Koshika
foundation

Building block of life



0244 Alumelamma Pr-op
0244 Alumelamma Post-op

APPLICATION No.:

आवेदन संख्या:

B/0817/0244

APPLICATION DATE:

आवेदन तिथि

08/08/2017

NAME of APPLICANT:

आवेदक का नाम

Alumelamma

AGE-YEARS

आयु-वर्ष

66

SEX

लिंग

F

FATHER'S/SPOUSE'S NAME:

पिता/कन्या का नाम

Muniyamma

PRESENT RESIDENCE ADDRESS

वर्तमान आवास का पता

Mudi Varapalli, Kalkada Mandakam,

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS

स्थायी आवास का पता

Patel, Chittoor Dist Andhra Pradesh.

OCCUPATION:

व्यवसाय

House wife

TOTAL ANNUAL INCOME:

कुल वार्षिक आय

Rs. 10,000/-

PAN No. स्थायी खाता संख्या

MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)

(Attach Proof of Income)

(आय का सबूत संलग्न)

ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable):

क्या आप आय कर दाता हैं (जो मान्य हो उस पर घड़ी का चिह्न 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	Murali	36	m	son
2	Ramakrishna	30	m	son
	one Daughter		married	

BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable)

सहायता के लिये विनित आधार

SPL Card
(Attach Card Copy)

गरीबों रखा 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 विनित का उद्देश्य:

Medical Reports/Prescriptions Attached

अस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई प्रतिवेदन सूची संलग्न

Doc for Right Eye

RE- STICS + 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

कौन सा सहायता राशी

B.W.L.E.H.

