

41980

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE
सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)
(स्वास्थ्य देखभाल)

Koshika
foundation
Building block of life.

APPLICATION No. : आवेदन संख्या : 13/05/19/0080
APPLICATION DATE : आवेदन तिथि 8/5/19

NAME of APPLICANT : आवेदक का नाम Ramakka.M
AGE-YEARS आयु-वर्ष 70 SEX लिंग F

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



0080 0080
Ramakka.M Ramakka.M
Pre Op Post Op

PRESENT RESIDENCE ADDRESS : वर्तमान आवासीय पता
Kondakindapatti, Harijanavada, Hy. Patti
Naidalam,

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS : स्थाई आवासीय पता
Piler, Chittoor Dist, Andhra Pradesh.

OCCUPATION : व्यवसाय Home maker
MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)

TOTAL ANNUAL INCOME : कुल वार्षिक आय 50,000/- [Family Income]
(Attach Proof of Income)
(आय का सत्य 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 लगाएं)

Yes / No
हाँ / 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	Venkatesh,	40	M	Son
(2)	Saleghamma	35	F	Daughter
(3)	Radhamma	30	F	Daughter

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

BPL Card (Attach Card Copy) गरीबी रेखा 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) उपभोग्यता कार्ड (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें)	Any Other Basis/Proof अन्य कोई साक्ष्य
--	--	---	--

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

Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached अस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई प्रतिलिपि सूची संलग्न
	(1) DOW - Right Eye 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?

Sr. No. क्रम संख्या	NAME of OTHER SOURCE अन्य स्रोत का नाम	AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILED सी गई सहायता राशी
	BWLEH	

