

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE

सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)

(स्वास्थ्य देखभाल)



Koshika
foundation
Building block of life

APPLICATION No.:

आवेदन संख्या :

R/0925/1852

APPLICATION DATE:

आवेदन तिथि

NAME of APPLICANT:

आवेदक का नाम

paclamma.

AGE-YEARS आयु-वर्ष

57

SEX लिंग

F

FATHER'S/SPOUSE'S NAME

पिता/पत्नी का नाम

D/o Thimmabaiappa

PRESENT RESIDENCE ADDRESS वर्तमान आवासीय पता

Chalagansabali matus (B) Kala (B)

Kalsatki

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS स्थायी आवासीय पता

Kalsatki



Phop - partop
1852 - paclamma

OCCUPATION:

व्यवसाय

flow mater

MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)

TOTAL ANNUAL INCOME:

कुल वार्षिक आय

(Attach Proof of Income)

(आय का प्रमाण प्रस्तुत करें)

PAN No. स्थायी खाते संख्या

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

क्या आप आय कर दाता हैं (जो योग्य हो उस पर 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

BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable)

सहायता के लिए निम्न आधार

☒ BPL Card (Attach Card Copy) गरीबी रेषा के नीचे आय पर (आय पर की जाय प्रति संलग्न करें)	☐ EWS Certificate (Attach Certificate Copy) आय आय की प्रमाण पर (आय पर की जाय प्रति संलग्न करें)	☒ Bham Card (Attach Card Copy) आय आय की जाय प्रति संलग्न करें	☒ Any Other Basis/Proof आय कोई अन्य
--	---	---	---

"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE:

सहायता हेतु किसे लगे किसी का उद्देश्य:

Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached आय/प्रीस्क्रिप्शन के साथ की गई प्रमाणित सूची संलग्न
1	Dr. Aggarwal - RE - cataract
2	Dr. Aggarwal - RE - pto
3	Dr. Aggarwal - RE - cataract + pto

ASSISTANCE BEING AWARDED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES

इस उद्देश्य के हेतु कोई अन्य सहायता किसी अन्य स्रोत से प्राप्त क्या हो?

Sr. No. क्रम संख्या	NAME of OTHER SOURCE अन्य स्रोत का नाम	AMOUNT of ASSISTANCE BEING AWARDED जो गई सहायता राशि

