

43699

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE  
सहायता हेतु आवेदन प्रारूप(Healthcare)  
(स्वास्थ्य देखभाल)Koshika  
foundation  
Building block of lifeAPPLICATION No.: 0/0619/0234  
आवेदन संख्या:APPLICATION DATE: 12/6/19  
आवेदन तिथिNAME of APPLICANT: Krishnamma  
आवेदक का नाम

AGE-YEARS आयु-वर्ष

50

SEX लिंग

f

FATHER'S/SPOUSE'S NAME: Rajaiiah  
पिता/कटुम्ब का नाम

PRESENT RESIDENCE ADDRESS वर्तमान आवासीय पता

Jandla Nijawade,

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS: स्थाई आवासीय पता

Piles Mandalam, Chittoor Dist Andhra Pradesh

OCCUPATION: House wife  
व्यवसाय

MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)

TOTAL ANNUAL INCOME: 32,000/- [Family Income]  
कुल वार्षिक आय(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  
हाँ / नहीं

## FAMILY DETAILS परिवार विवरण

| Sr. No.<br>क्रम संख्या | Name of Family Member<br>परिवार के सदस्यों का नाम | Age (Years)<br>उम्र (वर्ष) | Gender<br>लिंग | Relation with Applicant<br>आवेदक के साथ सम्बन्ध |
|------------------------|---------------------------------------------------|----------------------------|----------------|-------------------------------------------------|
| 1                      | Vasu                                              | 30                         | M              | son                                             |
| 2                      | Lakshminarayana                                   | 28                         | M              | son                                             |
| 3                      | Nagarathna                                        | 24                         | F              | daughter                                        |
| 4                      | Brinda                                            | 22                         | F              | daughter                                        |

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

|                                                                                                               |                                                                                                                     |                                                                                           |                                              |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------|
| BPL Card<br>(Attach Card Copy)<br>सूची में रखा के नीचे प्रमाण पत्र<br>(प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें) | EWS Certificate<br>(Attach Certificate Copy)<br>अल्प आय वर्ग प्रमाण पत्र<br>(प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें) | Ration Card<br>(Attach Copy)<br>उपभोक्ता कार्ड<br>(प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें) | Any Other<br>Basis/Proof<br>अन्य कोई साक्ष्य |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------|

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

| Sr. No.<br>क्रम संख्या | Medical Reports/Prescriptions Attached<br>अस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई प्रतिवेदन सूची संलग्न |
|------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------|
|                        | DOV                                                                                          |
|                        | Right eye                                                                                    |
|                        | stics + Tol                                                                                  |

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

| Sr. No.<br>क्रम संख्या | NAME of OTHER SOURCE<br>अन्य स्रोत का नाम | AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILED<br>सी गई सहायता राशी |
|------------------------|-------------------------------------------|---------------------------------------------------------|
|                        | BWHH                                      |                                                         |

0234 0234  
Krishnamma Krishnamma  
Pse Op Pse Op

