

51657

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE

सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)

(स्वास्थ्य देखभाल)

Koshika
foundation

Building block of life.

APPLICATION No. : B/1219/0526 APPLICATION DATE : 4/12/19
आवेदन संख्या : आवेदन तिथिNAME of APPLICANT : Yasaqam Reddy AGE-YEARS आयु-वर्ष 80 SEX लिंग M
आवेदक का नामFATHER'S/SPOUSE'S NAME : pedda sidda Reddy
पिता/कटुम्भ का नामPRESENT RESIDENCE ADDRESS वर्तमान आवासिय पता
chandagadavadaipalli, yasaqampalli
mandalam,PERMANENT RESIDENCE ADDRESS : स्थाई आवासिय पता
Piler, Chittur Dist, Andhra Pradesh0526 Yasaqam Reddy Post op
0526 Yasaqam Reddy Post opOCCUPATION : unemployed
व्यवसाय

MARRIED (निकाहित) / UNMARRIED (अनिकाहित)

TOTAL ANNUAL INCOME : 50,000/- (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 चुकाते 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 सम्बंध
1.	subba Reddy	55	male	son
2.	Hanumanta	55	male	son
3.	shivakanta	50	male	son
4.	Devasi	46	Female	daughters
5.	Bagyamma	44	Female	daughters

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

BPL Card (Attach Card Copy) गरीबी रेशा के नीचे प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें)	EWS Certificate (Attach Certificate Copy) आय 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 किन्ने गये निम्नों का उद्देश्य:

Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached अस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई प्रतिक्रिया सूची संलग्न
	DOV R.E Right Eye SICST IOL

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. क्रम संख्या	NAME of OTHER SOURCE अन्य स्रोत का नाम	AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILED ली गई सहायता राशी
	BWLEH	

