

53062

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE
सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)
(स्वास्थ्य देखभाल)



APPLICATION No. : B/0120/0567 APPLICATION DATE : 8/1/2020
आवेदन संख्या ; आवेदन तिथि

NAME of APPLICANT : C. Nagi Reddy AGE-YEARS आयु-वर्ष : 65 SEX लिंग : M
आवेदक का नाम

FATHER'S/SPOUSE'S NAME : C. Ramachandra
पिता/कटुम्भ का नाम



PRESENT RESIDENCE ADDRESS वर्तमान आवासीय पता
Goodadavada, Vajalpad Mandalam,

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

Post of 0567 Post of 0567
C. Nagi Reddy C. Nagi Reddy

OCCUPATION : Painter MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)

TOTAL ANNUAL INCOME : 30,000/- (Attach Proof of Income)
कुल वार्षिक आय (आय का साक्ष्य संलग्न)

PAN No. स्वयं खाता संख्या
ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable):
क्या आप आय कर चुकाते हैं (जो मध्य हो उस पर सही का निशान लगाएँ) 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.	Shreemath Reddy	46	male	son
2.	Vasantha	40	female	daughter

BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable)
सहायता के लिये विनती 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) उपभोग्य कार्ड (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें)	Any Other Basis/Proof अन्य कोई साक्ष्य
---	---	--	--

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

Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached अस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई प्रतिवेदन सूची संलग्न
	DOV
	R.E 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 ली गई सहायता राशि
	BWLEH	

