

54289

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE  
सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)  
(स्वास्थ्य देखभाल)

**Koshika**  
foundation  
Building block of life.

APPLICATION No. : B/0220/0587 APPLICATION DATE : 5/02/2020  
आवेदन संख्या : आवेदन तिथि

NAME of APPLICANT : N. Narayana Reddy AGE-YEARS आयु-वर्ष 70 SEX लिंग M  
आवेदक का नाम

FATHER'S/SPOUSE'S NAME : Sidda Reddy  
पिता/कटुम्ब का नाम

PRESENT RESIDENCE ADDRESS वर्तमान आवासीय पता  
Voosuvaxipalli, Rampachavula Mandalam,

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

OCCUPATION : unemployed  
व्यवसाय

MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)

TOTAL ANNUAL INCOME : 35,000/- (Family Income)  
कुल वार्षिक आय

(Attach Proof of Income)  
(आय का साक्ष्य संलग्न)

PAN No. स्पष्ट खाली संलग्न

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.<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 संबंध |
|------------------------|---|----------------------------|----------------|---|
| 1.                     | Adhinath Reddy                                    | 49                         | male           | son   |
| 2.                     | Ramesh Reddy                                      | 46                         | male           | son   |
|                        |   |                            |                |   |
|                        |   |                            |                |   |
|                        |   |                            |                |   |

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

| BPL Card<br>(Attach Card Copy)<br>गरीबी रेखा 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>उपभोग्यता 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  |
|                        | R.E Right Eye  |
|                        | STCS+TOL   |
|                        |  |
|                        |  |

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.<br>क्रम संख्या | NAME of OTHER SOURCE<br>अन्य स्रोत का नाम | AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILED<br>सो गई सहायता राशी |
|------------------------|---|---|
|                        | B.N.L.H                                   |   |
|                        |   |   |
|                        |   |   |



