

C21-10-03/3

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE

सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)
(स्वास्थ्य देखभाल)Koshika
foundation
Building block of life.

APPLICATION No. :

आवेदन संख्या :

A/031/0392

APPLICATION DATE :

आवेदन तिथि:

18/10/2021

NAME of APPLICANT :

आवेदक का नाम

Koshika

AGE-YEARS आयु-वर्ष

46

SEX लिंग

F

FATHER'S/SPOUSE'S NAME :

आपका/पति का नाम

Chetram

PRESENT RESIDENCE ADDRESS वर्तमान निवासीय पता

Khudahpur, Alwar, Rajasthan - 301001

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS : स्थाई निवासीय पता

03 above

Preop
0392Postop
Koshika

OCCUPATION :

व्यवसाय

Home maker

TOTAL ANNUAL INCOME :

कुल वार्षिक आय

50000 (Family)

MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)

(Attach Proof of Income)

(आप के साथ सबूत संलग्न करें)

NA

AN No. स्थाई खाता संख्या

N/A

ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable):
क्या आप आय कर दाता हैं (जो मध्य हो उस पर सही का चिह्न लगाएं)

Yes (हाँ)

No (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	Suresh	30	M	Son
②	Mahesh	25	M	Son

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

BPL Card (Attach Card Copy) सहायता के लिये प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र के साथ प्रति संलग्न करें)	EWS Certificate (Attach Certificate Copy) अल्प आय वर्ग प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र के साथ प्रति संलग्न करें)	Ration Card (Attach Copy) उपभोगिता कार्ड (प्रमाण पत्र के साथ प्रति संलग्न करें)	Any Other Basis/Proof किसी कोई साक्ष्य
--	--	--	--

"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE:

सहायता हेतु किसे मदद चाहिए का उद्देश्य:

Medical Reports/Prescriptions Attached

अस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई प्रतिवेदन सुची संलग्न

Sr. No. क्रम संख्या	Diagnosis -	RE - SENILE CAT
①	Diagnosis -	RE - SENILE CAT
		LE - P.P.
②	Surgery -	RE - SICKLE AN
		APPROPRIATE TO
		(JAN 190) 3M
		55000/10000-000 0000

ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES

इस उद्देश्य के हेतु कोई अन्य सहायता किसी अन्य स्रोत से लिये गयी है?

Sr. No. क्रम संख्या	NAME of OTHER SOURCE अन्य स्रोत का नाम	AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILED तो मदद सहायता जशी
①	NILL	

