

C17/06/0162

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE
सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)
(स्वास्थ्य देखभाल)

Koshika
foundation
Building block of life

APPLICATION No.:
आवेदन संख्या: V/0817/0221

APPLICATION DATE:
आवेदन तिथि 02/08/07

NAME of APPLICANT:
आवेदक का नाम Jamuna

AGE-YEARS आयु-वर्ष 65
SEX लिंग F

FATHER'S/SPOUSE'S NAME:
पिता/पति का नाम s/o - Roop Kumar

PRESENT RESIDENCE ADDRESS वर्तमान आवासीय पता

Vill. - Nagla Jainiya Padma, PO - Ranga, Dist - Mathura

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS: स्थायी आवासीय पता

Same as above



Preop Postop

(0221) Jamuna

OCCUPATION:
व्यवसाय - House wife

TOTAL ANNUAL INCOME:
कुल वार्षिक आय - (Attach Proof of Income) (आय का साक्ष्य संलग्न) NA

PAN No. सर्वे खात संख्या

ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable):
क्या आप आय कर दाता हैं (जो लागू 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 सम्बन्ध
01	Padma	75	M	Married
02	Ram Kumar	48	M	Son
03	Radhika Shyam	45	M	Son

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

BPL Card (Attach Card Copy) राष्ट्रीय रेशा के नीचे प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र को साथ प्रति संलग्न करें)	EWS Certificate (Attach Certificate Copy) अल्प आय वर्ग प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र को साथ प्रति संलग्न करें)	Ration Card (Attach Copy) उपभोक्ता कार्ड (प्रमाण पत्र को साथ प्रति संलग्न करें)	Any Other Basic/Proof अन्य कोई साक्ष्य
--	--	--	--

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

Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached अस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई प्रमाणित सूची संलग्न
	RE - P.P.
	LE - IMSC
	Surgery - Wcs with Tol (LE)

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 सी गई सहायता राशि
1	SECH	

