

C17/07/0175

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE
सहायता हेतु आवेदन प्रारूप(Healthcare)
(स्वास्थ्य देखभाल)Koshika
foundation
Building block of life.APPLICATION No. :
आवेदन संख्या : V/0817/0252APPLICATION DATE :
आवेदन तिथि 10/08/017NAME of APPLICANT :
आवेदक का नाम Ram Khiladi

AGE-YEARS आयु-वर्ष 64

SEX लिंग M

FATHER'S/SPOUSE'S NAME :
पिता/कटुम्ब का नाम S/O - Janyan Das

PRESENT RESIDENCE ADDRESS वर्तमान आवासीय पता

Village - Ranchod - Hathwa - UP 224211

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS : स्थाई आवासीय पता

Same as above

OCCUPATION :
व्यवसाय FarmerTOTAL ANNUAL INCOME :
कुल वार्षिक आय 18000/-(Attach Proof of income)
(आय का प्रमाण प्रस्तुत करें) NA

PAN No. (यदि प्राप्त हो)

ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable):
आप आय कर दाता हैं (जो मान्य हो उस पर चिह्न 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
1.	Mam Kishu	45	F	Wife
2.	Sonam	22	F	Daughter

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

BPL Card (Attach Card Copy) सटीम रेशा के नीचे प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की प्रतिलिपि संलग्न करें)	EWIS Certificate (Attach Certificate Copy) अल्प आय वर्ग प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की प्रतिलिपि संलग्न करें)	Ration Card (Attach Copy) उपभोग्यता कार्ड (प्रमाण पत्र की प्रतिलिपि संलग्न करें)	Any Other Basis/Proof अन्य कोई प्रमाण
---	---	---	---

"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 प्रतिवेदन सूची संलग्न
	KE - 7mic
	LE - 7mic
	Surgery - (LE) Phoro + 101 (LE)

ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES

इस उद्देश्य के हेतु कोई अन्य सहायता किसी अन्य स्रोत से लीया गया है?

Sr. No. क्रम संख्या	NAME of OTHER SOURCE अन्य स्रोत का नाम	AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILED एक ही सहायता राशि
1	SCHE	



Preop Postop

(0252) Ramkhiladi

