

C13/06/0292

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE

सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)
(स्वास्थ्य देखभाल)Koshika
foundation
Building block of life.APPLICATION No. /
आवेदन संख्या :

V/0817/0267

APPLICATION DATE :
आवेदन तिथि

11/08/17

NAME of APPLICANT :
आवेदक का नाम

Rampal

AGE-YEARS आयु-वर्ष

72

SEX लिंग

M.

FATHER'S/SPOUSE'S NAME :
पिता/पत्नी का नाम

S/o - Udayram

PRESENT RESIDENCE ADDRESS वर्तमान निवास पता

H.No - 1005, Kumvarapur Majara Dhatauli
पत्ता - अजयपुर

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS : स्थायी निवास पता

Same as above

Preet Pustok

(0267) Rampal

OCCUPATION :
व्यवसाय

Labour

TOTAL ANNUAL INCOME :

NA

(Attach Proof of Income)

(आप का वार्षिक आय) NA

PAN No. टैक्स खाता 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

हां / 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 संबंध
1	Laxman devi	68	F	wife
2	Vinod	31	M	son
3	Rajkumar	25	M	son
4	Rajni	20	F	Daughter

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

BPL Card (Attach Card Copy) बीपीएल कार्ड का प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र को साथ में प्रस्तुत करें)	EWS Certificate (Attach Certificate Copy) एएसएससी प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र को साथ में प्रस्तुत करें)	Ration Card (Attach Copy) प्रमाण पत्र का प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र को साथ में प्रस्तुत करें)	Any Other Basis/Proof अन्य कोई प्रमाण
---	---	--	---

"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE:

सहायता हेतु निम्न में से किसी का उद्देश्य:

Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached अवस्थापक/प्रातिपद से कटी की गई प्रतिवेदन सूची संलग्न
	KE - TMSC
	LE - P.P
	Surgery - Stomach with 3rd (KE)

ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES

इस उद्देश्य के हेतु कोई अन्य सहायता किसी अन्य स्रोत से प्राप्त क्या है?

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

AGREEMENT by APPLICANT (जमिंदार या कर्तव्य)



AGREEMENT by HOSPITAL (हॉस्पिटल से सहमति)

Exempel

Handwritten signature