

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE

सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)

(सहाय्य देखभाल)

Koshika
foundation
Building Block of life

APPLICATION No.: NNN/0817/0150

आवेदन संख्या:

APPLICATION DATE: 19/08/2017

आवेदन तिथि

NAME of APPLICANT: MANTU ADHIKARI

आवेदक का नाम

AGE-YEARS आयु-वर्ष

47

SEX लिंग

M

FATHER'S/SPOUSE'S NAME:

पिता/पत्नी का नाम

Sabitia Adhikari

PRESENT RESIDENCE ADDRESS वर्तमान निवास पता

Vill: Bangalpur, P.O: DB, P.S: Bagman, Dist: Haridwar

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS: स्थायी निवास पता

Vill: PO: DB, P.S: Bagman, Dist: DB



OCCUPATION:

व्यवसाय

Singer

MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)

TOTAL ANNUAL INCOME:

कुल वार्षिक आय

15,000

(Attach Proof of Income)

(आय का प्रमाण प्रस्तुत करें)

PAN No. स्थायी खाता संख्या

ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable):

क्या आप आय कर दाता हैं (जो मध्य हो उस पर सही का चिह्नित करें):

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 से संबंध
1.	Sabitia Adhikari	40	F	Wife
2.	Rajesh Adhikari	30	M	Son
3.	Rashmi Adhikari	23	F	Son's wife
4.	Ankita Adhikari	3	F	Grand child

BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable)

सहायता के लिए निम्न आधार

BPL Card (Attach Card Copy) गरीबी रेशड के साथ प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र को साथ ही संलग्न करें)	EWS Certificate (Attach Certificate Copy) आय आय वर्ग प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र को साथ ही संलग्न करें)	Ration Card (Attach Copy) उपभोग्य कार्ड (प्रमाण पत्र को साथ ही संलग्न करें)	Any Other Basis/Proof अन्य कोई प्रमाण
--	---	--	---

"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE:

सहायता हेतु दिने गये निम्न का उद्देश्य:

Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached अस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई प्रीस्क्रिप्शन सूची संलग्न
1.	Diagnosis: RE, Moderate Sclerodermia II
2.	Operation notes: SICS WITH PC IOL. (RE)

ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES

इस उद्देश्य के हेतु कोई अन्य सहायता किसी अन्य स्रोत से लिए गए हैं?

Sr. No. क्रम संख्या	NAME of OTHER SOURCE अन्य स्रोत का नाम	AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILED लेई गई सहायता राशि
1.	V.M.A.N.V.N.	

