

G17/09/0122

RETINOBLASTOMA CASE

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE		(Healthcare)		Koshika foundation Building Block of life			
सहायता हेतु आवेदन प्रारूप		(स्वास्थ्य देखभाल)					
APPLICATION No. : आवेदन संख्या : D109710006		APPLICATION DATE : आवेदन तिथि					
NAME of APPLICANT : आवेदक का नाम SUNNY KUMAR		AGE-YEARS अनु-वर्ष 5 years				SEX लिंग M	
FATHER'S/SPOUSE'S NAME : पिता/सहोदर का नाम PRABHU NATH							
PRESENT RESIDENCE ADDRESS वास्तव्य अवस्थान पता Dist Math Gauram, Anchal / Thana - Thawe, Gopalganj - 841440							
PERMANENT RESIDENCE ADDRESS स्थायी अवस्थान पता Same as above							
OCCUPATION : व्यवसाय farmer (father works as a labourer)							
TOTAL ANNUAL INCOME : कुल वार्षिक आय 30,000		(Attach Proof of Income) (आप का साक्ष्य प्रमाण)		N/A			
PAN No. सवाई खोल संख्या							
ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable): क्या आप आय कर दाता हैं (जो मान्य हो उस पर सही का निशान लगाएँ)		Yes / No हाँ / नहीं		No			
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.	Prabhu Nath	39	M	Father			
2.	Shank Devi	36	F	Mother			
3.	Sunny Kumar	5	M	Brother			
4.	Diksha	9	F	Sister			
BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable) सहायता के लिये विवक्षित आधार							
BPL Card (Attach Card Copy) संश्लेषी कार्ड के साथ प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की प्रतिलिपि संलग्न करें)		EWS 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 विवक्षित का उद्देश्य:							
Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached अस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई प्रतिवेदन सूची संलग्न						
1.	DIAGNOSIS - RETINOBLASTOMA (Right eye)						
2.	SURGERY NAME - CHEMOTHERAPY						
ASSISTANCE BEING AWARDED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES इस उद्देश्य के हेतु कोई अन्य सहायता किसी अन्य स्रोत से लिये गया हो?							
Sr. No. क्रम संख्या	NAME of OTHER SOURCE अन्य स्रोत का नाम	AMOUNT of ASSISTANCE BEING AWARDED सी गई सहायता राशि					
1.	SCCH						

