

C/17/10/0078

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE

सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)

(स्वास्थ्य देखभाल)

Koshika
foundation

Building block of life.

APPLICATION No. :

आवेदन संख्या :

A/1017/0482

APPLICATION DATE :

आवेदन तिथि

09/10/17

NAME of APPLICANT :

आवेदक का नाम

SHANTI

AGE-YEARS आयु-वर्ष

70

SEX लिंग

F

FATHER'S/SPOUSE'S NAME :

पिता/कनूष का नाम

KANHI

PRESENT RESIDENCE ADDRESS वर्तमान आवासीय पता

VILLAGE, - BAHAS Teh, BHARATPUR

DIST, - BHARATPUR RAJASTHAN

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS : स्थाई आवासीय पता

AS - ABOVE

PREOP
0482POSTOP
SHANTI

OCCUPATION :

व्यवसाय

LABOURER

MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)

TOTAL ANNUAL INCOME :

कुल वार्षिक आय

64000/-

(Attach Proof of Income)

(आय का साक्ष्य संलग्न) NA

PAN No. रवाई खाता संख्या

NA

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

क्या आप आय कर दाता हैं (जो मान्य हो उस पर सही का 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	Suresh	32	M	Son
2.	Rakesh	25	M	Son
3.	Vikendra.	40	M	Son
4	Mummi	80	F	Daughter.
5	Kanhi	75	M	Husband

BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable)

सहायता के लिये विनति आधार

BPL Card (Attach Card Copy) गरीबी रेशा के नीचे प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें)	EWS Certificate (Attach Certificate Copy) अल्प आय वर्ग प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें)	Ration Card (Attach Copy) उपभोक्ता कार्ड (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें)	Any Other Basis/Proof अन्य कोई साक्ष्य
---	---	---	--

"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE:

सहायता हेतु किये गये विनती का उद्देश्य:

Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached अस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई प्रतिवेदन सूची संलग्न
1.	DIAGNOSIS RF - HMSC LF - PP
2.	SURGERY RIE - SICCS + IOL

ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES

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

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

