

018/01/0115

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE

सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)

(स्वास्थ्य देखभाल)

Koshika
foundation
Building block of life

APPLICATION No. :

आवेदन संख्या :

✓/0118/0732

APPLICATION DATE :

आवेदन तिथि

11/01/2018

NAME of APPLICANT :

आवेदन का नाम

Bhag Singh

AGE-YEARS आयु-वर्ष

60

SEX लिंग

M

FATHER'S/SPOUSE'S NAME :

पिता/सहोदर का नाम

S/o Raghuvir

PRESENT RESIDENCE ADDRESS वर्तमान आवासीय पता

H.No-281, Gidani Path, Vill - Nagla Tula,
Dist - Roshanpur, Teh - Raghur

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS : स्थायी आवासीय पता

Same as above.



PASTE PHOTO HERE

Proof Postop

(0732) Bhag Singh

OCCUPATION :

व्यवसाय

Farmer

TOTAL ANNUAL INCOME :

कुल वार्षिक आय

19000/-

(Attach Proof of Income)

(आय का साक्ष्य संलग्न)

NA

PAN No. सपाईं खाता 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 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	Shyam Singh	50	F	Wife
2	Ramkish	30	F	Daughter
3	Jeetendra Singh	25	M	Son
4	Ashish Singh	20	M	Son
5	Lokendra Singh	18	M	Son

BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable)

सहायता के लिये विनति आधार

BPL Card (Attach Card Copy) गरीबी रेशा के पोषे 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 शुद्धी संलग्न
	AE → JMS
	IF → JMS
	Surgery → (IF) SICS WITH Tn

ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES

इस उद्देश्य के हेतु कोई अन्य सहायता किसी अन्य स्रोत से लिया गया हो?

Sr. No. क्रम संख्या	NAME of OTHER SOURCE अन्य स्रोत का नाम	AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILED सी गई सहायता राशि
1	S.C.E.H	

1) I hereby confirm that all details in this Form are True to the best of my knowledge. Any false statement will render my Application & ongoing award liable for suspension/cancellation.

- AGREEMENT by APPLICANT (अभिज्ञान प्रार्थना)

- APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION:

AGREEMENT by HOSPITAL (PRINT DO NOT WRITE)

इसकी वजह से, इनकी वजह से जो लोग हैं जो "कॉलेजियल स्टूडेंट्स" से मिलते हैं, वे भी हैं, जिसे हम (हमारे) विभिन्न प्रकार से धर्म या नीति का कहें हैं।

- RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE
परीक्षाओं के लिए संमत

Name, Designation & Stamp of Authority (Signature on behalf of Hospital)
 कमल प्रसाद इन्द्रावत अध्यक्ष, अश्विनी

SIGNATURE of TRUSTEE 2

 नाम: _____

Exempel

2020