

C18/12/0639

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE (Healthcare)		Koshika Foundation Building block of life		
APPLICATION No. : A/1218/0639 आवेदन संख्या :		APPLICATION DATE : 12/12/18 आवेदन तिथि		
NAME of APPLICANT : Langa Bharz आवेदक का नाम		AGE-YEARS आयु-वर्ष 60	SEX लिंग M	
FATHER/SPOUSE'S NAME : Narayan पिता/पत्नी का नाम				
PRESENT RESIDENCE ADDRESS वर्तमान आवासीय पता Village - Mahanpur, Teh - LAMANGARH, Dist - Alwar, Rajasthan PERMANENT RESIDENCE ADDRESS : स्थायी आवासीय पता as above				
OCCUPATION : Labourer व्यवसाय		MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)		
TOTAL ANNUAL INCOME : 75000 कुल वार्षिक आय		(Attach Proof of income) (आय का साक्ष्य संलग्न) NA		
PAN No. स्थायी खाता संख्या : NA				
ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable): क्या आप आय कर दाता हैं? (जो नाम जो उस पर सही का चिह्न लगाएँ) 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 सम्बंध
1	Narayan Langa Bharz	45	M	Brother
		60	M	Self
BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable) सहायता के लिए विनति आधार				
BPL Card (Attach Card Copy) गरीबी रेषा के नीचे आय का 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) उपभोक्ता कार्ड (प्रमाण पत्र की प्रतिलिपि संलग्न करें)
Any Other Basis/Proof अन्य कोई साक्ष्य				
"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE: सहायता हेतु किए गये विनती का उद्देश्य:				
Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached अस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई प्रतिक्रिया सूची संलग्न			
1	Diagnosis - RE- IMSC LE- IMSC			
2	Surgery - LE- SIC3+IOL			
ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES इस उद्देश्य के हेतु कोई अन्य सहायता किसी अन्य स्रोत से लिया गया है?				
Sr. No. क्रम संख्या	NAME of OTHER SOURCE अन्य स्रोत का नाम	AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILED जी गई सहायता राशि		
1	SCCH			



