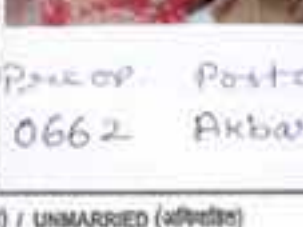


C181121.226

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE सहायता हेतु आवेदन प्रारूप		(Healthcare) (स्वास्थ्य देखभाल)		 Koshika Foundation Building Block of Life.		
APPLICATION No. / आवेदन संख्या :		APPLICATION DATE : 26/12/18 आवेदन तिथी		 Prior or Postor 0662 Akbarce		
NAME of APPLICANT : Akbarce अर्शक का नाम		AGE-YEARS आयु-वर्ष 75				SEX लिंग F
FATHER/SPOUSE'S NAME : Mousa Mal पितृ/पत्न्या का नाम						
PRESENT RESIDENCE ADDRESS : वास्तव आवास पता Village - Alapua Jait, Tal - Tijara,						
PERMANENT RESIDENCE ADDRESS : स्थायी आवासीय पता Dist - Alwar Rajasthan Akbarce						
OCCUPATION : Farmer व्यवसाय		MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)				
TOTAL ANNUAL INCOME : ₹ 8000 कुल वार्षिक आय		(Attach Proof of Income) (आय का साक्ष्य संपन्न) NA				
PAN No. प्राप्त या नहीं NA						
ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable): क्या आप आय कर दाता हैं? (जो मानें सो उस पर चिह्न लगा दें।)		Yes / हाँ / जी		No / नहीं / नाहीं		
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 अर्शक से संबंध		
1	Rahuddin	40	M	Son		
BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable) सहायता के लिए निम्नी आधार						
BPL Card (Attach Card Copy) गरीबी रेशा के नीचे प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की छाया प्रति जोड़ना होती है)		EWS Certificate (Attach Certificate Copy) अल्प आय वर्ग प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की छाया प्रति जोड़ना होती है)		Ration Card (Attach Copy) इन्टिमेट कार्ड (प्रमाण पत्र की छाया प्रति जोड़ना होती है)		
Any Other Basis/Proof अन्य कोई साक्ष्य						
"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE: सहायता हेतु किसे करने निम्नी 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 — RE-SICS+IOI					
ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES इस उद्देश्य के हेतु कोर 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 की गई सहायता राशि			
I	SCHN					

