

C18/11/0502

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE

सहायता हेतु आवेदन फार्म

(Healthcare)
(स्वास्थ्य देखभाल)Koshika
foundation

Building block of life

APPLICATION No.:
आवेदन संख्या:

V/1218/0868

APPLICATION DATE:
आवेदन तिथि

05/12/08

NAME of APPLICANT:
आवेदक का नाम

Bhagwan Dei

AGE-YEARS आयु-वर्ष

45

SEX लिंग

F

FATHER/SPOUSE'S NAME:
पिता/पति का नाम

D/O - Nemuth

PRESENT RESIDENCE ADDRESS: वर्तमान निवास पता

Vill-tpo - Chhauranika

Dist - Mathura, U.P. 201001

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS: स्थायी निवास पता

Same as above



PASTE PHOTO HERE

Front Photo

(0868) Bhagwan Dei

OCCUPATION:
व्यवसाय

Housewife

MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)

(Attach Proof of Income)

(आय का साक्ष्य संलग्न करें)

NA

TOTAL ANNUAL INCOME:
कुल वार्षिक आय

NA

PAN No. (आवेदक का पैन नंबर)

ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable):
क्या आप आय करदाता हैं? (जो मान्य हो उस पर चिह्नित करें)Yes / No
हां / नहीं

✓

FAMILY DETAILS: परिवार विवरण

Sr. No. क्रम संख्या	Name of Family Member परिवार के सदस्य का नाम	Age (Years) उम्र (वर्ष)	Gender लिंग	Relation with Applicant आवेदक के साथ संबंध
1	Chhauranika	45	M	Husband
2	Man Singh	22	M	Son
3	Chhauranika	20	M	Son
4	Sonu	18	M	Son
5	Raj	13	M	Son

BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable):
सहायता के लिए विवरी आधार

BPL Card (Attach Card Copy) पोषी कार्ड के साथ प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की प्रतिलिपि संलग्न करें)	EWS Certificate (Attach Certificate Copy) आय आय वर्ग प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की प्रतिलिपि संलग्न करें)	Ration Card (Attach Copy) उपभोग्य कार्ड (प्रमाण पत्र की प्रतिलिपि संलग्न करें)	Any Other Basis/Proof अन्य कोई साक्ष्य
---	--	---	--

"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE:
सहायता हेतु किसे मने विवरी का उद्देश्य:Medical Reports/Prescriptions Attached
अस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई प्रमाणित सूची संलग्न

Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached अस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई प्रमाणित सूची संलग्न
	RE - T.M.A.C.
	LE - P.P.
	Surgery - (RE) S.C.E.H.

ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES
इस उद्देश्य के हेतु कोई अन्य सहायता किसी अन्य स्रोत से ली जा रही है?

Sr. No. क्रम संख्या	NAME of OTHER SOURCE अन्य स्रोत का नाम	AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILED जो यह सहायता प्राप्त करे
1	S.C.E.H.	

