

C18/12/0315


Koshika
foundation

Building trust of life

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE (Healthcare)		सहायता हेतु आवेदन प्रारूप (स्वास्थ्य देखभाल)		
APPLICATION No.: 4/1218/0930		APPLICATION DATE: 17/12/18		
NAME of APPLICANT: Meena		AGE-YEARS: 48	SEX: F	
FATHER'S/SPOUSE'S NAME: D/o Ajmeri				
PRESENT RESIDENCE ADDRESS: H.No- 60/107, Sahay Khwaja		Diet + Aqua, D.P., 282001		
PERMANENT RESIDENCE ADDRESS: Same as above				
OCCUPATION: House wife		MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)		
TOTAL ANNUAL INCOME: NA		(Attach Proof of Income) NA		
PAN No. NA				
ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable):		Yes / No		
आप क्या आय कर दाता हैं (जो मान्य हो उस पर चिह्न लगाएं):		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 सम्बन्ध
1	Ladafat	53	M	Husband
2	Sana	28	F	Daughter
3	Sawana	25	F	Daughter
4	Sabnam	20	F	Daughter
5	Salma	17	F	Daughter
6	Saira	14	F	Daughter
BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable) सहायता के लिए विधि अनुरोध				
BPL Card (Attach Card Copy) पोषी रेशन के नीचे प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें)		EWS Certificate (Attach Certificate Copy) आय आय वर्ग प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें)		Ration Card (Attach Copy) प्रमाणपत्र कार्ड (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें)
Any Other Basis/Proof अन्य कोई प्रमाण				
"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE: सहायता हेतु किसे नई किसी का उद्देश्य:				
Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached अस्पताल-डॉक्टर से जारी की गई प्रतिवेदन सूची संलग्न			
	RE - IMAC			
	LE - IMAC			
	Surgery - (RE) Sica + IOL			
ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES इस उद्देश्य को हेतु कोई अन्य सहायता किसी अन्य स्रोत से प्राप्त क्या है?				
Sr. No. क्रम संख्या	NAME of OTHER SOURCE अन्य स्रोत का नाम	AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILED ली गई सहायता राशि		
1	SCCH			



Preop Postop

(0930) Meena

