

C10/12/0313

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE (Healthcare)		Koshika foundation Building blocks of life.		
APPLICATION No.: <u>V/1218/0933</u>		APPLICATION DATE: <u>17/12/18</u>		
NAME of APPLICANT: <u>Pooran</u>		AGE-YEARS: <u>71</u>	SEX: <u>M</u>	
FATHER'S/SPOUSE'S NAME: <u>Fate</u>		 		
PRESENT RESIDENCE ADDRESS: <u>Lal Garhi, Atas Bangsi, Distt - Mathura, U.P., 281301</u>				
PERMANENT RESIDENCE ADDRESS: <u>same as above</u>				
OCCUPATION: <u>Unemployed</u>		MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)		
TOTAL ANNUAL INCOME: <u>NA</u>		(Attach Proof of Income) <u>NA</u>		
PAN No. <u>NA</u>				
ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable): हाँ / नहीं ☒ 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 अवेदन के साथ सम्बन्ध
1	Kalawati	late	F	wife
2	Virendra	39	M	son
BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable) सहायता के लिए किसी आधार				
BPL Card (Attach Card Copy) एनडी कार्ड के साथ प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की प्रतिलिपि संलग्न करें)		EWS Certificate (Attach Certificate Copy) एनयूएस सी प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की प्रतिलिपि संलग्न करें)		Ration Card (Attach Copy) उपभोग्यता कार्ड (प्रमाण पत्र की प्रतिलिपि संलग्न करें)
Any Other Basis/Proof अन्य कोई साक्ष्य				
"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE: सहायता हेतु किसे एवं किससे का उद्देश्य:				
Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached अस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई प्रमाणित सूची संलग्न			
	RE - IMAC			
	LE - IMAC			
	Surgery - (RE) Sick + Tel			
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 तो वह प्राप्त हो		
1	SECH			

