

CIE/12/0293

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE (Healthcare)		Koshika foundation Building Block of life		
APPLICATION No.: <u>V/1218/0936</u>		APPLICATION DATE: <u>17/12/18</u>		
NAME OF APPLICANT: <u>Rama Dei</u>		AGE-YEARS: <u>95</u>	SEX: <u>F</u>	
FATHER'S/SPOUSE'S NAME: <u>D/O - Babulal</u>				
PRESENT RESIDENCE ADDRESS: <u>Sambawat Tada, Farah</u>				
PERMANENT RESIDENCE ADDRESS: <u>Same as above</u>				
OCCUPATION: <u>House wife</u>		MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित): ☒ MARRIED		
TOTAL ANNUAL INCOME: <u>NA</u>		(Attach Proof of Income) <u>NA</u>		
FAN No. <u>NA</u>				
ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable): ☒ Yes / ☐ No				
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	Sat Prasad	late	M	Husband
2	Bajji	late	M	Son
3	Kailash	53	M	Son
4	Balkrishan	49	M	Son
5	Bramwah	43	F	Daughter
6	Kushum	40	F	Daughter
BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable) सहायता के लिये विधि आधार				
BPL Card (Attach Card Copy) गरीबी रेखा के नीचे प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें)		EWS Certificate (Attach Certificate Copy) अल्प आय वर्ग प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें)		Any Other Basis/Proof अन्य कोई सबूत
"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE: सहायता हेतु किसे गरीबी रेखा का उद्देश्य:				
Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached अस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई प्रमाणित सूची संलग्न			
	RE - TOL			
	LE - TOL			
	Surgery - (RE) Sics + TOL			
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 ली गई सहायता राशि	
1	SCCH			

Koshika
foundation

Building Block of life



PAST PHOTO HERE

Preop Postop

(0936) Rama Dei

