

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE

सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)

(स्वास्थ्य देखभाल)

Koshika
foundation

Building block of life

APPLICATION No.:

आवेदन संख्या:

K/1218/1756

APPLICATION DATE:

आवेदन तिथि

05/12/18

NAME of APPLICANT:

आवेदक का नाम

PURNNABASI PATRA

AGE-YEARS उम्र-वर्ष

62

SEX लिंग

F

FATHER'S/SPOUSE'S NAME:

पिता/पत्नी का नाम

PURNNACHANDRA PATRA

PRESENT RESIDENCE ADDRESS: वर्तमान आवासीय पता

SARAPALLI, GADAKATURO, GARASINDH,
GASAPATI, ODISHA

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS: स्थायी आवासीय पता

AS ABOVE

OCCUPATION:

व्यवसाय

HOME MAKER

MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)

TOTAL ANNUAL INCOME:

कुल वार्षिक आय

NIL

(Attach Proof of Income)

(आय का साक्ष्य संलग्न करें)

PAN No. यदि प्राप्त हो तो

ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable):

Yes / No

हाँ / नहीं

क्या आप आय कर कादाता हैं (जो सत्य हो उस पर सही का चिह्न लगाएं)

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 आवेदक से क्या संबंध
1	PURNNABASI PATRA	62	F	SELF
2	PURNNACHANDRA PATRA	60	M	HUSBAND
3	SANATAN PATRA	38	M	SON
4	SANDIP PATRA	25	M	SON
5	SANTOSH PATRA	23	M	SON

BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable)

सहायता के लिए दिए गए आधार

BPL Card (Attach Card Copy) गरीबी रेशा के कार्ड का 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) उपभोग्यता कार्ड (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें)	Any Other Basis/Proof अन्य कोई प्रमाण
---	---	--	--

"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE:

सहायता हेतु दिये गये निम्नीय कारण:

Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached आयुर्वेद/टीकाएं से जोड़ी की गई प्रतिवेदन सूची संलग्न
1.	DIAGNOSIS - CATARACT-RE
2.	SURGERY - RE (SIC 8+101)

ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES

इस उद्देश्य के हेतु कोई अन्य सहायता किसी अन्य स्रोत से प्राप्त हुई है?

Sr. No. क्रम संख्या	NAME of OTHER SOURCE अन्य स्रोत का नाम	AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILED करी गई सहायता राशि
------------------------	---	--

