

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE सहायता हेतु आवेदन प्रारूप		(Healthcare) (स्वास्थ्य देखभाल)	 Koshika foundation Building Month of life.	
APPLICATION No.: K1128/1938		APPLICATION DATE: 12/12/18		
NAME of APPLICANT: JHARNA GAYEN		AGE-YEARS: 44	SEX: F	
FATHER'S/SPOUSE'S NAME: NEMAI GAYEN				
PRESENT RESIDENCE ADDRESS: ग्राम बरगुआ, पिन कोड-781001, जिला धुबरी, असम				
PERMANENT RESIDENCE ADDRESS: - AS ABOVE -				
OCCUPATION: HOUSE WIFE	MARRIED (विधिवि) / UNMARRIED (अविधिवि)			
TOTAL ANNUAL INCOME: NIL	(Attach Proof of Income) (आप का आय प्रमाण)			
PAN No. [Blank]				
ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable): Yes / No हाँ / 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 से सम्बन्ध
1.	JHARNA GAYEN	44	F	SELF
2.	NEMAI GAYEN	56	M	HUSBAND
3.	SHREYAS GAYEN	14	F	DAUGHTER
4.	PRADEEP GAYEN	15	F	DAUGHTER
BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable) सहायता के लिए किसी आधार:				
BPL Card (Attach Card Copy) गरीबी रेषा के नीचे आय पर (आय पर की जाच प्रति संलग्न करें)	EWS Certificate (Attach Certificate Copy) आय आय वर्ग आय पर (आय पर की जाच प्रति संलग्न करें)	Ration Card (Attach Copy) उपायगा कार्ड (आय पर की जाच प्रति संलग्न करें)	Any Other Basis/Proof अन्य कोई सबूत	
"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE: सहायता हेतु किने गये निशानों का उद्देश्य:				
Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached अस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई प्रतिवेदन सूची संलग्न			
1.	DIAGNOSIS - CHANCER - RE.			
2.	SURGERY - RE (GALL BLADDER)			
ASSISTANCE BEING AWAITED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES इस उद्देश्य के हेतु कोई अन्य सहायता किसी अन्य स्रोत से लिये गए है?				
Sr. No. क्रम संख्या	NAME of OTHER SOURCE अन्य स्रोत का नाम	AMOUNT of ASSISTANCE BEING AWAITED हो गई सहायता राशि		

