

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE

सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)

(स्वास्थ्य देखभाल)



Koshika
foundation
Building blocks of life.

APPLICATION No. : K11218/1988 APPLICATION DATE : 19/12/18

NAME of APPLICANT : GITA PATRA AGE-YEARS मनु-वर्ष 45 SEX लिंग F

FATHER/SPOUSE'S NAME : PHANI BHUSAN DAS

PRESENT RESIDENCE ADDRESS : बर्तमान निवास पता
SAHAY LAKSHMI ROAD, COCHIN, KERALA

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS : स्थायी निवास पता
- AS ABOVE -

OCCUPATION : HOUSE WIFE

TOTAL ANNUAL INCOME : NIL (Attach Proof of Income)

PAN No. : [Blank]

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 संबंध
1.	GITA PATRA	45	F	SELF
2.	PHANI BHUSAN DAS	56	M	HUSBAND
3.	SUKANTHA PATRA	17	F	DAUGHTER
4.	KABER PATRA	12	F	DAUGHTER

BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable)

SPL Card (Attach Card Copy) गरीबी रेशा के नीचे आयता पत्र (आयता पत्र की प्रतिलिपि संलग्न करें)	EWS Certificate (Attach Certificate Copy) अल्प आय वर्ग आयता पत्र (आयता पत्र की प्रतिलिपि संलग्न करें)	Ration Card (Attach Copy) उपभोग्यता कार्ड (आयता पत्र की प्रतिलिपि संलग्न करें)	Any Other Basis/Proof अन्य कोई सबूत
--	--	---	---

"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE:
सहायता हेतु दिने गए निम्न का उद्देश्य:

Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached अस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई प्रतिलिपि सुची संलग्न
1.	Diagnosis - Cataract - R.
2.	Surgery - R. (Sicsthot)

ASSISTANCE BEING AWARDED 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 AWARDED सी गई सहायता राशि

