

019/02/0277

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE

सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)
(स्वास्थ्य देखभाल)Koshika
foundation
Building block of life

APPLICATION No. :

आवेदन संख्या :

V/0219/1209

APPLICATION DATE :

आवेदन तिथि

22/02/19

NAME of APPLICANT :

आवेदक का नाम

Dorilal

AGE-YEARS उम्र-वर्ष

SEX लिंग

64

M

FATHER'S/SPOUSE'S NAME :

पिता/सहस्र का नाम

S/o Mihilal

PRESENT RESIDENCE ADDRESS वर्तमान आवासीय पता

Vill+po- Baghbala

Distt- Etah, UP, 207004

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS : स्थायी आवासीय पता

same as above



PASTE PHOTO HERE

Precop

Ratop

(1209) Dorilal

OCCUPATION :

व्यवसाय

Farmer

(MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित))

TOTAL ANNUAL INCOME :

कुल वार्षिक आय

18000/-

(Attach Proof of Income)

(आय का साक्ष्य संलग्न करें)

NA

PAN No. सवाई खाता संख्या

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

क्या आप आय कर दाता हैं (जो मान्य हो उस पर सही का निशान लगाएं)

Yes / No

हां / 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 आवेदक के साथ सम्बन्ध
1.	Kiran Devi	60	F	Wife
2.	Vinod	35	M	Son
3.	Sunil	33	M	Son
4.	Roham Singh	30	M	Son
5.	Jayveer	27	M	Son
6.	Rajshree	24	F	Daughter

BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable)

सहायता के लिये विनंति आधार

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

"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE:

सहायता हेतु किये गये विनंती का उद्देश्य:

Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached अस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई प्रतियोग्य सूची संलग्न
	RF - R.P
	IP - IMSC
	Surgery - (LE) SICS + IOL

ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES

इस उद्देश्य के हेतु कोई अन्य सहायता किसी अन्य स्रोत से लिया गया हो?

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

