

C20-B-0363

**APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE (Healthcare)**  
 सहायता हेतु आवेदन प्रारूप (स्वास्थ्य देखभाल)

**Koshika foundation**

APPLICATION No. / आवेदन संख्या: **A/0320/0983**      APPLICATION DATE / आवेदन तिथि: **16/03/2020**

NAME of APPLICANT / आवेदक का नाम: **Bungri Devi**      AGE-YEARS आयु-वर्ष: **68**      SEX लिंग: **F**

FATHER'S/SPOUSE'S NAME / पिता/हस्तुम का नाम: **Manphool Bainsi**

PRESENT RESIDENCE ADDRESS वर्तमान आवासीय पता  
 Vill - **Kajjath,** Teh - **Kajjath,**  
 Dist - **Alwar**      **Kajjath - 301408**  
 PERMANENT RESIDENCE ADDRESS: स्थाई आवासीय पता  
**As Above**



OCCUPATION / व्यवसाय: **House-maker**       MARRIED (विवाहित) /  UNMARRIED (अविवाहित)

TOTAL ANNUAL INCOME / कुल वार्षिक आय: **4600/-**      (Attach Proof of Income) (आय का सबूत संलग्न): **NA**

PAN No. स्पष्ट खाता संख्या: **NA**

ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable):  Yes (हाँ) /  No (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)	Manphool	70	M	husband
(2)	Dinesh	30	M	Son
(3)	Satish	24	M	Son

BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable) / सहायता के लिये विनति आधार

<input type="checkbox"/> BPL Card (Attach Card Copy) / यटोबी देख के नीचे प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र को साथ प्रति संलग्न करें)	<input type="checkbox"/> EWS Certificate (Attach Certificate Copy) / अल्प आय वर्ग प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र को साथ प्रति संलग्न करें)	<input type="checkbox"/> Ration Card (Attach Copy) / उपभोक्ता कार्ड (प्रमाण पत्र को साथ प्रति संलग्न करें)	<input type="checkbox"/> Any Other Basis/Proof / अन्य कोई सबूत
---	--	--	--

"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE / सहायता हेतु किये गये विनती का उद्देश्य:

Sr. No. / क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached / अस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई प्रतिवेदन सूची संलग्न
(1)	Diagnosis - RE - IMSC LE - PP
(2)	Surgery - RE - SICB + JOL

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)	SCEH	

