

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE (सहायता हेतु आवेदन प्रारूप)		(Healthcare) (स्वास्थ्य देखभाल)		 Koshika Foundation Building Health of Life			
APPLICATION No.: B/0985/1991		APPLICATION DATE: 26/9/21		 prop - postop 1991 - Jayamma			
NAME of APPLICANT: Jayamma		AGE-YEARS: 55				SEX: F	
FATHER'S/SPOUSE'S NAME: late Jayaramgarale		PRESENT RESIDENCE ADDRESS: Korhate, Nigohargale, Maharashtra					
		PERMANENT RESIDENCE ADDRESS: Korhate, Maharashtra					
OCCUPATION: Home maker		MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)					
TOTAL ANNUAL INCOME: None		(Attach Proof of Income) (आपका आय प्रमाण)					
PIN No. 422101 ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable): क्या आप आय करदाता हैं (जो लागू हो उसे चिह्नित करें)							
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	Jayaram	70	M	Husband			
BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable) सहायता के लिए चिह्नित करें							
☒ BPL Card (आवेदक का नाम प्रमाणित करने के लिए प्रमाणित करें)		☐ EWS Certificate (आवेदक का नाम प्रमाणित करने के लिए प्रमाणित करें)		☐ Below Poverty Line Card (आवेदक का नाम प्रमाणित करने के लिए प्रमाणित करें)			
"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE: सहायता हेतु चिह्नित करें:							
Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached रिपोर्ट/प्रीस्क्रिप्शन जो चिह्नित करें						
1	Diagnosis - PE - postop						
2	Diagnosis - PE - postop						
3	Diagnosis - PE - postop						
ASSISTANCE BEING AWAIRED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES इस उद्देश्य के लिए कोई अन्य सहायता किसी अन्य स्रोत से मिल रही है?							
Sr. No. क्रम संख्या	NAME of OTHER SOURCE अन्य स्रोत का नाम		AMOUNT of ASSISTANCE BEING AWAIRED जो अन्य स्रोत से मिल रहा है				

