C18 07 1099

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE सहायता हेतू आवेदन प्रारूप			(Healthcare) (स्वास्थय देखभाल)		Koshika foundation	
			APPLICATION DATE : आवेदन तिथी	11/07/018	Building block of life.	
NAME of APPLICANT: Kishan Devi			AGE-YEARS ST	यु-वर्ष SEX लिंग		
FATHER'S/SPOUSE'S पिता/कटुम्भ का नाम	NAME: >0					
Vi41-18	harring	PRESENT RESIDENCE ADDRES	s वर्तमान आवासीय पता	- Mathing	Presp Postop	
	U.P.	281302			1.3p 19070p	
	Same as	ERMANENT RESIDENCE ADDRES	SS: स्थाई आवासीय पता		6 21/1	
	241116 - 344				(0358) Kisham Dovi	
વ્યવસાય	Housewife			1	ন) / UNMARRIED (अविवाहित)	
TOTAL ANNUAL INCO कुल वार्षिक आय	DME: NA			(Attach Proof of Income) (आय का साक्ष्य संलग्न) NA		
PAN No. स्थाई खाता स ARE YOU AN INCOME	TAX ASSESSEE	(Tick whichever is applicable):	Yes / No			
क्या आप आय कर दाता	। है (जो मान्य हो उ	स पर सही का निशान लगाये।	हाँ / नर AMILY DETAILS परिवार			
Sr. No. क्रम संख्या	Na VÍ	me of Family Member रेवार के सदस्यों का नाम	Age (Years) उम्र (वर्ष)	Gender लिंग	Relation with Applicant आवेदक के साथ सम्बंध	
1.	San	Samhe Singh		M	Hurband	
2	As	Ashok		M	Son	
		BASIS for REQUESTING AS सहायता के लिये विनर्ग	SSISTANCE (Tick which ते आधार	ever is applicable)		
BPL Card (Attach Card Copy) गरीबी रेखा के नीचे प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करे।		EWS Certificate (Attach Certificate Copy) अल्प आय वर्ग प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न व	(At	ation Card tach Copy) भोक्ता कार्ड । छाया प्रति संलग्न करे।	Any Other Basis/Proof अन्य कोई साक्ष्य	
		"PURPOSE" fo सहायता हेतु	r REQUESTING ASSIST किये गये विनती का उद्दे	ANCE: १रथ:		
Sr. No. क्रम संख्या		अस्प	Medical Reports/Prescriptions Attached अस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई प्रतिबेदन सूची संलग्न			
	KE - P.P.					
	LE - IMAC					
		Surgery - (LE) Sics + TOL				
		7				
*		ASSISTANCE BEING AVAILED इस उद्देश्य के हेतू कोई अ	for SAME "PURPOSE" न्य सहायता किसी अन्य स	from OTHER SOURC ब्रोत से लिया गया हो?	ES	
Sr. No. क्रम संख्या		NAME of OTHER SOUR			of ASSISTANCE BEING AVAILED ली गई सहायता राशी	
		80.011				
1-		SCEH				