

C18/08/0162

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE (Healthcare)		सहायता हेतु आवेदन प्रारूप (स्वास्थ्य देखभाल)		Koshika foundation Building block of life.	
APPLICATION No. : आवेदन संख्या : A/0818/0348		APPLICATION DATE : 20/08/18 आवेदन तिथि		 <p>Pre-op. Post-op. 0348 Preem Devi</p>	
NAME of APPLICANT : आवेदक का नाम Preem Devi		AGE-YEARS आयु-वर्ष 51	SEX लिंग F		
FATHER'S/SPOUSE'S NAME : पिता/कटुम्ब का नाम Lala Ram		PRESENT RESIDENCE ADDRESS वर्तमान आवास पता Village - Patayarsi Kidungeri, Teh. - Rajgarh, Dist. - Alwar, Rajasthan			
PERMANENT RESIDENCE ADDRESS : स्थायी आवास पता As above					
OCCUPATION : व्यवसाय Labourer		MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)			
TOTAL ANNUAL INCOME : कुल वार्षिक आय 80000		(Attach Proof of Income) NA (आय का साक्ष्य संलग्न)			
PAN No. स्थायी खाता संख्या NA		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	
2	Pinky	26	F	Daughter	
2	Suman	24	F	Daughter	
3	Sachin	17	M	Son	
4	Manisha	13	F	Daughter	
BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable) सहायता के लिये विनती आधार					
BPL Card (Attach Card Copy) सूचकी रेखा 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) उपभोक्त कार्ड (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें)	
Any Other Basis/Proof अन्य कोई साक्ष्य					
"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 प्रतिबंधित सूची संलग्न				
1.	Diagnosis - RE - PP - LE - TMSC				
2.	Surgery - LE - SICs + 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 ही गई सहायता राशी			
1.	SCEH				

