

C17/04/0328

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE  
सहायता हेतु आवेदन प्रारूप(Healthcare)  
(स्वास्थ्य देखभाल)Koshika  
foundation  
Building block of life.APPLICATION No. :  
आवेदन संख्या :

A/0119/0699

APPLICATION DATE : 07/01/19  
आवेदन तिथिNAME of APPLICANT :  
आवेदक का नाम

Javatri

AGE-YEARS आयु-वर्ष

65

SEX लिंग

F

FATHER'S/SPOUSE'S NAME  
पिता/सहोदर का नाम

Ratan

PRESENT RESIDENCE ADDRESS वर्तमान निवास पता

Village - Manethiya Buz, Tehsil - Alwar

Dist. - Alwar, Rajasthan

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS : स्थायी निवास पता

As above

Pre op Post op.  
0699 JavatriOCCUPATION :  
व्यवसाय

labourer

MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)

TOTAL ANNUAL INCOME :  
कुल वार्षिक आय

62000

(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 पत्रक हैं (जो मध्य हो उस पर सही का निशान लगावे)

Yes (हां) / No (नहीं)

## FAMILY DETAILS परिवार विवरण

| Sr. No.<br>क्रम संख्या | Name of Family Member<br>परिवार के सदस्यों का नाम | Age (Years)<br>उम्र (वर्ष) | Gender<br>लिंग | Relation with Applicant<br>आवेदक के साथ सम्बन्ध |
|------------------------|---------------------------------------------------|----------------------------|----------------|-------------------------------------------------|
| (i)                    | Sheela Singh                                      | 30 Y                       | M              | son                                             |
| (ii)                   | Ranjeet Singh                                     | 35 Y                       | M              | son                                             |
| (iii)                  | Ravi                                              | 45 Y                       | F              | son                                             |
| (iv)                   |                                                   |                            |                |                                                 |
| (v)                    |                                                   |                            |                |                                                 |
| (vi)                   |                                                   |                            |                |                                                 |

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

|                                                                                                             |                                                                                                                     |                                                                                            |                                              |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------|
| BPL Card<br>(Attach Card Copy)<br>गरीबी रेशा के पीछे प्रमाण पत्र<br>(प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें) | EWS Certificate<br>(Attach Certificate Copy)<br>अल्प आय वर्ग प्रमाण पत्र<br>(प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें) | Ration Card<br>(Attach Copy)<br>उपभोग्यता कार्ड<br>(प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें) | Any Other<br>Basis/Proof<br>अन्य कोई साक्ष्य |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------|

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

| Sr. No.<br>क्रम संख्या | Medical Reports/Prescriptions Attached<br>अस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई प्रतिवेदन सूची संलग्न |
|------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------|
| 1.                     | Diagnosis - R/E - IMSC<br>L/E - IMSC                                                         |
| 2.                     | Surgery - R/E - SICS + IOL                                                                   |
|                        |                                                                                              |
|                        |                                                                                              |
|                        |                                                                                              |
|                        |                                                                                              |
|                        |                                                                                              |

ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES  
इस उद्देश्य के हेतु कोई अन्य सहायता किसी अन्य स्रोत से लिया गया है?

| Sr. No.<br>क्रम संख्या | NAME of OTHER SOURCE<br>अन्य स्रोत का नाम | AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILED<br>सी गई सहायता राशि |
|------------------------|-------------------------------------------|---------------------------------------------------------|
| 1.                     | SCM                                       |                                                         |
|                        |                                           |                                                         |
|                        |                                           |                                                         |
|                        |                                           |                                                         |

