

C19/01/0140

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE सहायता हेतु आवेदन प्रारूप				(Healthcare) (स्वास्थ्य देखभाल)		 Koshika foundation Building block of life.		
APPLICATION No. : <u>A/0119/0758</u> आवेदन संख्या :			APPLICATION DATE : <u>14/1/19</u> आवेदन तिथि					
NAME of APPLICANT : <u>Kalka Ram</u> आवेदक का नाम			AGE-YEARS आयु-वर्ष <u>65</u>		SEX लिंग <u>M</u>			
FATHER'S/SPOUSE'S NAME : <u>Mumna Ram</u> पिता/पत्नी का नाम								
PRESENT RESIDENCE ADDRESS वर्तमान आवासीय पता <u>Masari, 2009 Teh. - 2009</u>								
PERMANENT RESIDENCE ADDRESS स्थायी आवासीय पता <u>as above</u>								
OCCUPATION : <u>Farmer</u> व्यवसाय				MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)				
TOTAL ANNUAL INCOME : <u>70000</u> कुल वार्षिक आय				(Attach Proof of Income) <u>NA</u> (आय का साक्ष्य संलग्न)				
PAN No. <u>NA</u> स्थायी खाता संख्या								
ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable): क्या आप आय कर चुकाते हैं (जो मान्य हो उस पर सही का चिह्न लगाएं)				Yes / No हाँ / 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				
(i)	<u>asarti</u>	<u>60</u>	<u>f</u>	<u>wife</u>				
(ii)	<u>Dharm Singh</u>	<u>30</u>	<u>m</u>	<u>son</u>				
BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable) सहायता के लिये कितने आधार								
BPL Card (Attach Card Copy) गरीबी रेषा के नीचे प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें)		EWS Certificate (Attach Certificate Copy) अन्य आय वर्ग प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें)		Ration Card (Attach Copy) उपभोक्ता कार्ड (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें)		Any Other Basis/Proof अन्य कोई साक्ष्य		
"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE: सहायता हेतु किये गये निम्न का उद्देश्य:								
Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached अस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई प्रक्रियेदन सूची संलग्न							
	<u>Diagnosis</u> <u>Alc - MSC</u>							
	<u>Surgery -</u> <u>Alc - Phaco + IOL</u>							
	<u>Ilc -</u>							
ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES इस उद्देश्य के हेतु कोई अन्य सहायता कितनी अन्य स्रोत से लिये गयी है?								
Sr. No. क्रम संख्या	NAME of OTHER SOURCE अन्य स्रोत का नाम			AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILED ही गई सहायता राशि				
1	<u>SCCH</u>							

Pre op 0758 Post op Kalka Ram

