

C19103/0069

## APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE

सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)

(स्वास्थ्य देखभाल)

Koshika  
foundation

Building block of life.

APPLICATION No. : V/0319/1277  
आवेदन संख्या :APPLICATION DATE : 04/03/19  
आवेदन तिथिNAME of APPLICANT :  
आवेदक का नाम Shyamwati

AGE-YEARS अनु-वर्ष 66

SEX लिंग F

FATHER'S/SPOUSE'S NAME :  
पिता/कटुम्ब का नाम Baden Singh

PRESENT RESIDENCE ADDRESS वर्तमान आवासीय पता

Vill + Po - Ajan

Distt - Bhamathur, A.T., 321303

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS : स्था/आवासीय पता

Same as above



Preop

Postop

(1277) Shyamwati

OCCUPATION :  
व्यवसाय House wife

MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)

TOTAL ANNUAL INCOME :  
कुल वार्षिक आय NA(Attach Proof of Income)  
(आय का साक्ष्य संलग्न)

NA

PAN No. स्थाई खाता संख्या

ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable):  
क्या आप आय कर दाता हैं (जो मान्य हो उस पर सही का चिह्न लगाएं)Yes / No  
हाँ / 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 |
|------------------------|---------------------------------------------------|----------------------------|----------------|-------------------------------------------------|
| 1.                     | Kamlesh Singh                                     | 68                         | M              | Husband                                         |
| 2                      | Nameth                                            | 38                         | M              | Son                                             |
| 3                      | Tajver                                            | 35                         | M              | Son                                             |
| 4                      | Pranod                                            | late                       | M              | Son                                             |

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

|                                                                                                             |                                                                                                                     |                                                                                           |                                              |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------|
| BPL Card<br>(Attach Card Copy)<br>गरीबी रेशा के नीचे 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>उपभोक्ता 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 चिकित्सीय उद्देश्य:

| Sr. No.<br>क्रम संख्या | Medical Reports/Prescriptions Attached<br>अस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई प्रतिवेदन सूची संलग्न |
|------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------|
|                        | RE - IMSC                                                                                    |
|                        | LE - IMSC                                                                                    |
|                        | Surgery - (RE) STCS + TOL                                                                    |

## 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.                     | SCCH                                      |                                                         |

