

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE

सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)

(स्वास्थ्य देखभाल)

Koshika
foundation

Taking back a life

APPLICATION No. / आवेदन संख्या : 012010344

APPLICATION DATE : / आवेदन तिथि 09.01.2020

NAME of APPLICANT : / आवेदक का नाम Shakila

AGE-YEARS आयु वर्ष 58

SEX लिंग F



FATHER/SPOUSE'S NAME / पिता/कटुप्य का नाम Wasim

PRESENT RESIDENCE ADDRESS वर्तमान आवासीय पता

Village - Kalasiya Chaudhri Post
Block - Tamsil Bahat Distt
Saharanpur Uttar Pradesh 247121

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS : स्थायी आवासीय पता

As above

Preop Postop
0344 Shakila

OCCUPATION : / व्यवसाय House Maker

MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)

TOTAL ANNUAL INCOME / कुल वार्षिक आय 67000

(Attach Proof of Income) / (आय का साक्ष्य संलग्न) NA

PAN No. / स्वयं 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 चिह्न लगाएं)

Yes / हाँ No / 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
(1)	Wasim	60	M	Husband
(2)	Rahim	95	M	Son

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

BPL Card (Attach Card Copy) गरीबी 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) इपसोका कार्ड (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें)	Any Other Basis/Proof अन्य कोई साक्ष्य
		<input checked="" type="checkbox"/>	

'PURPOSE' for REQUESTING ASSISTANCE / सहायता हेतु किये गये विनियमों का उद्देश्य:

Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached अस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई प्रतिवेदन पूर्वी संलग्न
(1)	Diagnosis - RE - IMSC LE PCTOL
(2)	surgery - RE - SICs TIOl

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. क्रम संख्या	NAME of OTHER SOURCE अन्य स्रोत का नाम	AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILED सी गई सहायता राशि
(1)	SCEH	

