

VRN - C- 23-03-1599

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE

सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)

(स्वास्थ्य देखभाल)



Koshika
foundation
Building block of life.

APPLICATION No. V/0423/0002

APPLICATION DATE 02/04/23

NAME of APPLICANT Shyam Babu

AGE-YEARS 64

SEX M

FATHER'S/SPOUSE'S NAME Prabhu Dayal

PRESENT RESIDENCE ADDRESS

Mand mulla, Mat, Mand,

Distt. Mathura, U.P. 281202

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS

Same as above



Preop

Postop

OCCUPATION : Unemployed

MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)

TOTAL ANNUAL INCOME 38000/- (Family)

(Attach Proof of Income)

(आप का सक्षय संलग्न) NA

PAN No. सवाई खाता संख्या

ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable):

Yes / No

हाँ / न

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 सम्बंध
1.	Sona	62	F	Wife
2.	Pawan	32	M	Son
3.	Suman	29	F	Daughter in law

BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable)

सहायता के लिये विनित 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) उपभोक्त कार्ड (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें।)	Any Other Basis/Proof अन्य कोई साक्ष्य
--	--	---	--

"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE:

सहायता हेतु किसे गये निवेदन का उद्देश्य:

Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached अस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई प्रतिवेदन सूची संलग्न
	RE - Cataract
	LE - Cataract
	Surgery (LE) SICS + PMMA

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 ली गई सहायता राशी
1	DBCS	2000/-

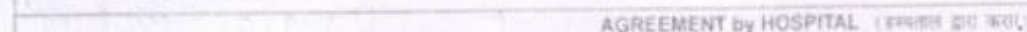
DECLARATION by APPLICANT: ☐ YES ☐ NO ☐ N/A

- [illegible]

AGREEMENT by APPLICANT (सहचर ०११/२०१७)

- APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION

आधेरावा वी दवागळीत १८. १००० वा निवारा

[illegible]

- RECOMMENDED FOR ACCEPTENCE

अयोध्या के लिए संभ्रमण

03/04/23

DMC - 48540
(Name of Dr. & Regn. No. with Stamp)
Time _____ Date _____

(Name, Designation & Stamp of the Signatory
on behalf of Hospital)

नाम व पद सम्बन्धित अधिकृत अधिकारी

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION 30-01-2016 12:00:00 PM

SIGNATURE of TRUSTEE 1

न्यायी इत्यादि

SIGNATURE of TRUSTEE 2

जारी रखा जायेगा।