DEL-C-21-07-0376

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE (Healthcare)
सहायता हेतु आवेदन प्रारूप (स्वास्थय देखभाल)

Koshika foundation
Building block of life

APPLICATION No. आवेदन संख्या : DEL/0721/0010

APPLICATION DATE आवेदन तिथी : 06-07-2021

NAME of APPLICANT आवेदक का नाम : GEETADEVI

AGE-YEARS आयु-वर्ष : 48

SEX लिंग : F



Pre Post

FATHER'S/SPOUSE'S NAME पिता/कुटुम्ब का नाम : PREM LAL

PRESENT RESIDENCE ADDRESS वर्तमान आवासीय पता

H.N-269, J.J. COLONY, SHIV VIHAR MOHAN GARDEN DELHI-110059

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS स्थाई आवासीय पता

OCCUPATION व्यवसाय : LABHOUR

MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित) ✓

TOTAL ANNUAL INCOME कुल वार्षिक आय : 1,20,000 (Attach Proof of Income) (आय का साक्ष्य संलग्न)

PAN No. स्थाई खाता संख्या

ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable) क्या आप आय कर दाता है (जो मान्य हो उस पर सही का निशान लगाये। Yes हां / (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 सम्बंध
1.	PREM LAL	45	M	HUSBAND

BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable)
सहायता के लिये विनति 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) उपभोक्ता कार्ड (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें।	Any Other Basis/Proof अन्य कोई साक्ष्य

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

Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached अस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई प्रतिवेदन सूची संलग्न
	LT = PseudoPhakos
	RE = Senile Cataract
	Surgery (LE) SICS+IOL

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

Sr. No. क्रम संख्या	NAME of OTHER SOURCE अन्य स्त्रोत का नाम	AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILED ली गई सहायता राशी
(1)	DBCS	20000/-