

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE

सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)

(स्वास्थ्य देखभाल)



Koshika
foundation
Building block of life

APPLICATION No.

V/0423/0021

APPLICATION DATE

04/04/23

NAME of APPLICANT

Chote Kha Urf Sukha

AGE-YEARS आयु-वर्ष

81

SEX लिंग

M

FATHER'S/SPOUSE'S NAME

Hersaim

पिता/कटुम्भ का नाम

PRESENT RESIDENCE ADDRESS वर्तमान आवासीय पता

Jhanrautha, Jhanrautha,

Distt. Mathura, U.P. 281301

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS स्थाई आवासीय पता

Same as above

OCCUPATION:

व्यवसाय

Unemployed

MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)

TOTAL ANNUAL INCOME

कुल वार्षिक आय

36000/- (Family)

(Attach Proof of Income)

(आय का साक्ष्य संलग्न)

NA

PAN No. स्थाई खात संख्या

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

क्या आप आय कर देता है (जो मान्य हो उस पर सही का निशान लगाए)

Yes / No

हां / 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.	Maharum	88	F	wife
2.	Javid	30	M	son
3.	Hasina	26	F	Daughter in Law

BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable)

सहायता के लिये विनीत आधार

BPL Card (Attach Card Copy) गरीबी रेषा के नीचे प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र को 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
	RE - cataract
	LE - cataract
	Surgery - (AE) 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 लौ गई सहायता राशी
1	OBCS	2000/-

DECLARATION by APPLICANT: (अप्रार्थक का विज्ञापन)

- 1) I hereby confirm that all details in this Form are True to the best of my knowledge. Any false statement will render my Application & ongoing assistance, if any, liable for rejection/cancellation.
- 2) I solemnly confirm that assistance, if received from Koshika Foundation, will be used only for the "purpose" as stated in this Form, for which such assistance was requested by me.
- 3) I hereby confirm that I have not & will not in future, avail of reimbursement, in part or in full, from any other source/employer/insurance company, of the amount for which this assistance is requested.

1) मैं यहाँ पर बताना हूँ कि इस प्रयोग में दिये गये सभी विवरण सत्य प्रमाणित की जा सकेंगे हैं। यदि कोई झूठा विवरण एवं कथन प्रमाणित पाया जाये तो मेरी सहायता निरास की जा सकती है।

2) मैं यहाँ पर गम्भीरता से कहता हूँ कि "कौशिका फाउण्डेशन" से मिली सहायता केवल उसी उद्देश्य के लिए ही प्रयोग की जायेगी, जिस उद्देश्य के लिए मैंने इस सहायता की मांग की है।

3) मैं यहाँ पर बताना हूँ कि मैंने सहायता हेतु यह प्रमाणित नहीं किया है, कि इस सहायता का अंशिक या पूर्णतः किसी अन्य स्रोत/एम्प्लॉयर/इन्सुरेन्स कंपनी से या किसी अन्य स्रोत से प्राप्त हो रहा है।

- 09-04-2023