

VRN-C-20-12-0327

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE सहायता हेतु आवेदन प्रारूप		(Healthcare) (स्वास्थ्य देखभाल)	 Koshika Foundation KOSHIKAFUNDAATION	
APPLICATION No. : आवेदन संख्या : V/1220/0210		APPLICATION DATE : आवेदन तिथि 07/12/20		
NAME of APPLICANT आवेदक का नाम Bhup Singh		AGE-YEARS आयु-वर्ष 79	SEX लिंग M	
FATHER'S/SPOUSE'S NAME पिता/कथन का नाम Bhunda		 PASTE PHOTOS Preet Preetop (0210) Bhup Singh		
PRESENT RESIDENCE ADDRESS : वर्तमान आवास का पता Gram Jazouli Khurd, Post Danve, Mat				
DISTRICT : Mathura, U.P. 201202				
PERMANENT RESIDENCE ADDRESS : स्थायी आवास का पता Same as above				
OCCUPATION : व्यवसाय Unemployed		MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)		
TOTAL ANNUAL INCOME कुल वार्षिक आय 2000/- (Family)		ATTACH PROOF OF INCOME (आय का सबूत संलग्न) NA		
PAN No. : क्या है (आपका संख्या)				
ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable): क्या आप आय कर देता है (जो मान्य हो उस पर बहाँ का चिह्न लगावे) Yes / No हाँ / नहीं <input checked="" type="checkbox"/>				
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 संबंध
1	Veena	75	F	Wife
2	Kanua	43	M	Son
3	Sachin	40	M	Son
4	Pushpa	41	F	Daughter in law
BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable) आवषा के लिये कितने आधार				
BPL Card (Attach Card Copy) बीपीएल कार्ड का नोटे प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें)		EWS Certificate (Attach Certificate Copy) एडव्स प्रमाण पत्र का प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें)		Ration Card (Attach Copy) उपभोग कार्ड (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें)
Any Other Basis/Proof अन्य कोई सबूत				
PURPOSE for REQUESTING ASSISTANCE: सहायता हेतु किये गये विवेकी का उद्देश्य:				
Medical Reports/Prescriptions Attached अस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई प्रतिवेदन पूर्ण संलग्न RE - Senile Cataract LE - P.P. Surgery - (RE) SICS + IOL				
ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME PURPOSE from OTHER SOURCES इस उद्देश्य के हेतु कोई अन्य सहायता कितनी अन्य स्रोत से लिया गया है?				
Sr. No. क्रम संख्या	NAME of OTHER SOURCE अन्य स्रोत का नाम		AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILED कितनी राशि सहायता मिली	
1	JUBTS		2000/-	

