

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE सहायता हेतु आवेदन प्रारूप		(Healthcare) (स्वास्थ्य देखभाल)	 Koshika Foundation B-10/6, Phase-1, Gurgaon		
APPLICATION No. आवेदन संख्या :	V/1220/0213	APPLICATION DATE अवेदन तिथि	07/12/20		
NAME of APPLICANT आवेदक का नाम	Munna Lal	AGE-YEARS पुरुष वर्ष	60	SEX लिंग	M
FATHER'S/SPOUSE'S NAME पिता/कथुप का नाम	Phujiya	 Preop Postop (0213) Munna Lal			
PRESENT RESIDENCE ADDRESS वर्तमान आवासीय पता					
Pajpattan, Chhata					
Distt. Mathura, U.P. 281401					
PERMANENT RESIDENCE ADDRESS स्थाई आवासीय पता					
Same as above					
OCCUPATION व्यवसाय	Farmer	MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)			
TOTAL ANNUAL INCOME कुल वार्षिक आय	21000/-	(Attach Proof of Income) (आय का प्रमाण प्रस्तुत) NA			
PAN No. रखाई छाता संख्या					
ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable): क्या आप आय कर दाता हैं। (जो नाक हो उस पर सही का चिह्न लगायें)					
YAS: 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 संबंध	
1	Kamla	54	F	Wife	
2	Yashpal	29	M	Son	
3	Anand Kumar	27	M	Son	
4	Rishiya	26	F	Daughter in law	
5	Yogendra	24	F	" " "	
BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable) सहायता के लिए विनोद आधार					
BPL Card (Attach Card Copy) गरीबी रक्षा के नीचे प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की छाया की संलग्न करें)	EWS Certificate (Attach Certificate Copy) सब्सिडी अर्थ वर्ग प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की छाया की संलग्न करें)	Ration Card (Attach Copy) उपभोगका कार्ड (प्रमाण पत्र की छाया की संलग्न करें)	Any Other Basis/Proof अन्य कोई साक्ष्य		
"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE सहायता हेतु किसे पते विनोद का उद्देश्य					
Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached रिपोर्ट/प्रीस्क्रिप्शन जो जो गई संलग्न पृष्ठी संलग्न				
	RE - Senile Cataract				
	LE - Senile Cataract				
	Surgery - (RE) SPCS + IOL				
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 ले गई सहायता राशि			
1	DBCS	20000/-			

