

VRN - C-20-12-0324

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE (Healthcare) सहायता हेतु आवेदन प्रारूप (स्वास्थ्य सेवाएत)		Koshika foundat on Helping those who help		
APPLICATION NO अवेदन नंख्या	V/220/0219	APPLICATION DATE आवेदन तिथि	07/12/20	
NAME of APPLICANT आवेदक का नाम	Brayatri Devi	AGE-YEARS वय-वर्ष	64	
FATHER/S/SPOUSE'S NAME पिता/कन्याका नाम	Mahendra	SEX लिंग	F	
PRESENT RESIDENCE ADDRESS वर्तमान आवासीय मता				
Mat munda banga, Mathura				
Distt. Mathura, U.P. 281202				
PERMANENT RESIDENCE ADDRESS स्थायी आवासीय मता		Preop Postop (Ozis) Brayatri Devi		
Same as above				
OCCUPATION व्यवसाय	Home Maker	MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)		
TOTAL ANNUAL INCOME कुल वार्षिक आय	21500/- (Family)	(Attach Proof of Income) (आय का प्रमाण प्रस्तुत करें) NA		
PAN No. स्वयं प्राप्त किया				
ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable) क्या आप आय कर देता है (को प्रमाण प्रस्तुत करें) (को प्रमाण प्रस्तुत करें) नहीं		Yes / No हां / नहीं <input checked="" type="checkbox"/>		
FAMILY DETAILS परिवार विवरण				
Sr. No. क्रम संख्या	Name of Family Member परिवार के सदस्य का नाम	Age (Years) वय (वर्ष)	Gender लिंग	Relation with Applicant आवेदक के साथ संबंध
1	Kayhanath	65	M	Husband
2	Shiv Shankar	29	M	Son
BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable) सहायता के लिए विनोद आधार				
BPL Card (Attach Card Copy) भारतीय राज्य के नीचे प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की प्रतियां प्रस्तुत करें)	EWS Certificate (Attach Certificate Copy) आय आय का प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की प्रतियां प्रस्तुत करें)	Ration Card (Attach Copy) उपभोगका कार्ड (प्रमाण पत्र की प्रतियां प्रस्तुत करें)	Any Other Basis/Proof अन्य कोई प्रमाण	
"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE: सहायता हेतु किसे वय विनोद का उद्देश्य:				
Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached व्यक्तित्व/डॉक्टर से प्राप्त की गई प्रतिबंध सूची संलग्न			
	RE - Senile Cataract			
	LE - Senile Cataract			
	Surgery - (LE) SRS +TOL			
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 की गई सहायता राशि		
1	DICS	2000/-		

