

VFN-C-20-12-0433

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE (Healthcare) सहायता हेतु आवेदन प्रारूप (स्वास्थ्य देखभाल)		Koshika Foundation B. J. K. Hospital		
APPLICATION No. आवेदन संख्या: V/122.0/0223	APPLICATION DATE / आवेदन तिथि: 09/10/20	 		
NAME of APPLICANT / आवेदन के नाम: Shiv Singh	AGE-YEARS (जन्म-वर्ष) / SEX (लिंग): 57 / M			
FATHER'S/SPOUSE'S NAME / पिता/कन्या का नाम: Mumshi	PRESENT RESIDENCE ADDRESS / वर्तमान आवासीय पता: Khateek Mahalla, Karach		Preop Postop (0223) Shiv Singh	
PERMANENT RESIDENCE ADDRESS / स्थाई आवासीय पता: Distt. Bharatpur, Rajasthan, 381025				
Same as above				
OCCUPATION / व्यवसाय: Farmer	MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित):			
TOTAL ANNUAL INCOME / कुल वार्षिक आय: 22000/-	(Attach Proof of Income) / (आय का सबूत संलग्न): NA			
FAN No. साईं खाना संख्या				
ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable): क्या आप आय कर देता हैं (जो मान्य हो उस पर खीं का चिह्न लगावे) Yes: No: <input checked="" type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>				
FAMILY DETAILS परिवार विवरण				
Sr. No. क्रम संख्या	Name of Family Member परिवार के सदस्यों का नाम	Age (Years) वय (वर्ष)	Gender लिंग	Relation with Applicant आवेदन के साथ संबंध
1	Veerwati	56	F	Wife
2	Harind	31	M	Son
3	Nagina	29	F	Daughter in law
4	Manuwar	04	M	Grand Son
5	Bheera	27	M	Son
6	Ritika	25	F	Daughter in law
BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable) सहायता के लिये चिह्नित अध्या:				
BPL Card (Attach Card Copy) गरीबों रकम से नीचे प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की साथ ही संलग्न करें)	EWS Certificate (Attach Certificate Copy) अल्प आय वर्ग प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की साथ ही संलग्न करें)	Ration Card (Attach Copy) उपभोग्य कार्ड (उपभोग्य पत्र की साथ ही संलग्न करें)	Any Other Basis/Proof अन्य कोई सबूत	
PURPOSE for REQUESTING ASSISTANCE: सहायता हेतु किये गये चिकित्सा के उद्देश्य:				
Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached अस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई प्रतिवेदन तुरंत संलग्न			
	RE - Senile Cataract			
	LE - Senile Cataract			
	Surgery - (RE) SICS + IOL			
ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES इस उद्देश्य के लिये कोई अन्य सहायता कियों अन्य स्त्रोत से लिया गया हो:				
Sr. No. क्रम संख्या	NAME of OTHER SOURCE अन्य स्त्रोत का नाम	AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILED ही गई सहायता राशी		
1	DBCS	2000/-		

