

DEL-C-21-10-1973

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE

सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)
(स्वास्थ्य देखभाल)Koshika
foundation
Building Block of life.

APPLICATION No.:

आवेदन संख्या:

Del/1021/0331

APPLICATION DATE:

आवेदन तिथि

10-10-21

NAME of APPLICANT:

आवेदक का नाम

MANJEET SINGH

AGE-YEARS आयु-वर्ष

53

SEX लिंग

M

FATHER'S/SPOUSE'S NAME:

पिता/पत्नी का नाम

DIWAN SINGH

PRESENT RESIDENCE ADDRESS वर्तमान अवासीय पता

House No-32, Gali No-1, Master Mohalla

Libas Pur

Samaiapur North-West Delhi-110042

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS: स्थायी अवासीय पता

Same as above



PASTE PHOTO HERE

pre

post

OCCUPATION:

व्यवसाय

Unemployed

MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)

TOTAL ANNUAL INCOME:

कुल वार्षिक आय

244000 (family)

(Attach Proof of Income)

(आय का साक्ष्य संलग्न करें)

PAN No. स्थायी खाता संख्या

NO

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

क्या आप आय कर दाखल हैं (जो वांछित हो उस पर सही को निशान लगाएं)

Yes / No
हाँ / 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 से साथ सम्बन्ध
(1)	MANJEET KOUR	50	F	WIFE
(2)	Kulvinder Singh	28	M	SON
3.	Tardeep Singh	27	M	SON
4.	Harninder Singh	22	M	SON
5.	Vaishali	25	F	Daughter in law
6.	Manjirat	2	F	Grand Daughter

BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable)
सहायता के लिये विचार आधार

BPL Card (Attach Card Copy) गरीबी रेशा के नीचे प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें)	EWS Certificate (Attach Certificate Copy) उच्च आय वर्ग प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें)	Ration Card (Attach Copy) उपभोगा कार्ड (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें)	Any Other Basis/Proof अन्य कोई साक्ष्य
---	---	---	--

"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE:

सहायता हेतु किसे गये विपत्ति का वर्णन:

Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached ऑपरेशन/डॉक्टर से जारी की गई प्रतिवेदन सुची संलग्न
(1)	Diagnosis (RED) Senile cataract (RED) 101 Pseudophakia
(2)	Surgery (RED) SICS + IOL

ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES
इस वर्णन के हेतु कोई अन्य सहायता किसी अन्य स्रोत से ली जा रही है?

Sr. No. क्रम संख्या	NAME of OTHER SOURCE अन्य स्रोत का नाम	AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILED तो यह सहायता कितनी
(1)	DBCS	2000

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 Kovvaka 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.

- AGREEMENT by APPLICANT (सावेदक अउ कसर)

- 2) मैं (जगदीश) इस बात से सन्तुष्ट हूँ कि मेरा नाम, माता, पाँती और विवरण जो कि सहायता के उद्देश्यों से प्रेषित है सुरक्षित रहने पर; सहायता का हकदार नहीं बनता। इस सम्बंध में "क्रॉशिका" एनपू उसकी न्यायिकता को निर्णय लौंग और बाध्यकारी होगा।

अव्ययक के इस्तास्य या अणुके का निशान

AGREEMENT by HOSPITAL (हस्पताल द्वारा कर्ण)

2. "क्रोशिका काउन्टर" से ली गई सहायक सेल विधि प्रकृति की है। रंगों का हयफलत द्वय ही यह सतत वा किये गये उपना/प्रक्रिया का पुनर्ग रंगी एवं इस्तेमाल के बीच का विषय है और "क्रोशिका काउन्टर" द्वारा किसी प्रकार का कोई रचना नहीं है। इसविषय हयस्थता में रंगी के हयव सुरक्षा और आगे जाने की लरी विमोदरी रंगी एवं हयफलत की हयगे और "क्रोशिका" की कोई सुविधा या विमोदरी इस मामले में नहीं होगी।

स्थीकृतो कं लिए संस्तुति

19.01.2021