

MM-c-24-09-1937

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE
सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)
(स्वास्थ्य देखभाल)

Koshika
foundation
Building block of life.

APPLICATION No.: M/0924/0622 APPLICATION DATE: आवेदन तिथि 16/09/24

आवेदन संख्या: M/0924/0622 AGE-YEARS आयु-वर्ष 62 SEX लिंग f

NAME of APPLICANT: आवेदक का नाम Vidhyawati

FATHER'S/SPOUSE'S NAME: पिता/कटुम्भ का नाम Sushheel Kumar

PRESENT RESIDENCE ADDRESS: वर्तमान आवासीय पता
Kausharya MISSION, Pournima Shahjahanpur
Uttar Pradesh - 221001

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS: स्थाई आवासीय पता
same as above



OCCUPATION: व्यवसाय _____ MARRIED (विवहित) / UNMARRIED (अविवहित)

TOTAL ANNUAL INCOME: कुल वार्षिक आय _____ (Attach Proof of Income) (आय का साक्ष्य संलग्न)

PAN No. स्थाई खाता संख्या _____

ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable): हां / नहीं

क्या आप आय कर दाता हैं (जो मान्य हो उस पर सही का निशान लगायें)

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 सम्बन्ध
1	Vipen Kumar	40	M	son
2	Rohit Kumar	35	M	son
3	Harvind Kumar	30	M	son

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

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

"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE: सहायता हेतु किये गये विनती का उद्देश्य:

Sr. No. क्रम संख्या	Diagnosis	Medical Reports/Prescriptions Attached अस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई प्रतिवेदन सूची संलग्न
	<u>Diagnosis</u>	<u>LE Senile cataract</u> <u>LE Senile cataract</u>
	<u>surgery</u>	<u>LE SICS with intra lens camp</u>

ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES इस उद्देश्य के हेतु कोई अन्य सहायता किसी अन्य स्रोत से लिया गया हो?

Sr. No. क्रम संख्या	NAME of OTHER SOURCE अन्य स्रोत का नाम	AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILED ली गई सहायता राशी
	<u>OBCS</u>	<u>2000/-</u>

