

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE
सहायता हेतु आवेदन प्रारूप(Healthcare)
(स्वास्थ्य देखभाल)


Koshika
Foundation
Building block of life.

APPLICATION No.:

आवेदन संख्या: 51092310750

APPLICATION DATE: 23-09-2023

आवेदन तिथि

NAME of APPLICANT:

आवेदक का नाम Mrs Ratni

AGE-YEARS आयु-वर्ष

68

SEX लिंग

F

FATHER'S/SPOUSE'S NAME:

पिता/सहस्रुप्य का नाम Mr Jagdish

PRESENT RESIDENCE ADDRESS वर्तमान आवासीय पता

house no. 24, Mahanampuri, West Uchchipuri,
Dehbandi, Dehat, Mahanampuri, Dehbandi,
Uttar Pradesh, 20554

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS: स्थाई आवासीय पता

Same as above



PASTE PHOTO HERE

Photo Post of
Ratni (0750)

OCCUPATION:

व्यवसाय Home Makey

 MARRIED (द्विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)

TOTAL ANNUAL INCOME:

कुल वार्षिक आय 51,000 (Family Income)

(Attach Proof of Income)

(आय का साक्ष्य संलग्न) NA

PAN No. स्थाई खाता संख्या NA

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

क्या आप आय कर दाता हैं (जो मान्य हो उस पर सही का निरूपण लगाये।)

Yes / 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 सम्बन्ध
(1)	Jagdish	70	M	Husband
(2)	Rajkumar	38	M	Son
(3)	Rajya Prakash	47	M	Son
(4)	Rajendra	45	M	Son
(5)	Lakshmi	30	F	Daughter in law
(6)	Ruma	04	F	Daughter in law
(7)	Keena	03	F	Daughter in law
(8)	Preeti	23	F	Grand daughter
(9)	Jyoti	20	F	Grand daughter
(10)	Manojit	19	M	Grand son
(11)	Pooja	15	F	Grand daughter

BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable)

सहायता के लिए विनति आधार

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

"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE:

सहायता हेतु किये गये विकारी का उद्देश्य:

Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached अस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई प्रतिवेदन सूची संलग्न
	Diagnosis - RE - senile cataract LE - senile cataract
	Surgery - LF - IIC with PMMA

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 ली गई सहायता राशि

एनआरआई पहचान अधिकार
Unique Identification Authority of India

Address
W/O Jagdish, house no. gram
Sahampur of Jachour, Deoband
Distt. Saharanpur, Deoband,
Uttar Pradesh, 247354

6127 2139 8062

भारत सरकार
Government of India



रानी
Rani
जन्म तिथि / DOB : 01/01/1955
लिंग / Gender : Female



6127 2139 8062

आधार - आम आदमी का अधिकार