

C 1881/8/17

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE

(Healthcare)

(स्वास्थ्य हेतु सहायता)

(स्वास्थ्य हेतु सहायता)

Koshika
foundation
Building Block of life

APPLICATION No. /

आवेदन संख्या :

E/0817/141

APPLICATION DATE /

आवेदन तिथि

30/8/17

NAME of APPLICANT /

आवेदक का नाम

Mahinder

AGE-YEARS आयु-वर्ष

72

SEX लिंग

M

FATHER'S/SPOUSE'S NAME /

पिता/पत्नी का नाम

Munshi

PRESENT RESIDENCE ADDRESS : वर्तमान निवास पता

Village - Simoli,

Tehsil - Baraut

District - Bahawalpur,

District - Bahawalpur

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS : स्थायी निवास पता

- Old Bahawalpur -

Preop
141Postop
Mahinder

OCCUPATION /

व्यवसाय

Labour

MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)

TOTAL ANNUAL INCOME /

कुल वार्षिक आय

5000/-

(Attach Proof of Income)

(आय का प्रमाण प्रस्तुत करें)

NA

PAN No. आय का संचयन

NA

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

क्या आप आय करदाता हैं (जो मान्य हो उस पर चिह्न का 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 के साथ सम्बन्ध
1.	Devendra	18	M	SON
2.	Karungal	26	M	SON
3.	Sudhir	23	M	SON
	Two	Daughters	Married	

BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable)

सहायता के लिये निम्न आधार

BPL Card (Attach Card Copy) गरीबी रेश के साथ प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की प्रतिलिपि जोड़ना पड़ेगी)	EWS Certificate (Attach Certificate Copy) अल्प आय वर्ग प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की प्रतिलिपि जोड़ना पड़ेगी)	Ration Card (Attach Copy) उपभोग्य कार्ड (प्रमाण पत्र की प्रतिलिपि जोड़ना पड़ेगी)	Any Other Basis/Proof अन्य कोई सबूत
--	--	---	---

"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE:

सहायता हेतु किसे लाने का उद्देश्य:

Sr. No. क्रम संख्या	Medical Report/Prescriptions Attached अस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई प्रीस्क्रिप्शन सूची जोड़ना
1.	Diagnosis - RE - IMSC LE - IMSC
2.	Surgery RE - STC+IOL

ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES

इस उद्देश्य के हेतु कोई अन्य सहायता किसी अन्य स्रोत से मिल चुकी है?

Sr. No. क्रम संख्या	NAME of OTHER SOURCE अन्य स्रोत का नाम	AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILED जो गई सहायता राशि
1.	Venue	

