

C. 1874/8/17

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE

सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)

(स्वास्थ्य देखभाल)

Koshika
Foundation

Building block of life.

APPLICATION No. :

आवेदन संख्या :

E/0817/143

APPLICATION DATE :

आवेदन तिथि

30/8/17

NAME of APPLICANT :

आवेदक का नाम

Narender

AGE-YEARS अनु-वर्ष

55

SEX लिंग

M

FATHER'S/SPOUSE'S NAME :

पिता/पत्नी का नाम

Sukan Singh

PRESENT RESIDENCE ADDRESS : वर्तमान आवासीय पता

Village - Chhapauti,

Tehsil - Basant

District - Baghpat,

Uttar Pradesh

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS : स्थायी आवासीय पता

- CHS above -

Preop
143Postop
Narender

OCCUPATION :

व्यवसाय

Labourer

MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)

TOTAL ANNUAL INCOME :

कुल वार्षिक आय

36,000/-

(Attach Proof of Income)

(आय का साक्ष्य संलग्न करें)

NA

PAN No. (आवेदक का पैन नंबर)

NA

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

क्या आप आय कर दाता हैं (जो मान्य हो उस पर सही का चिह्न लगाएं)

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 संबंध
1.	Deepak	28	M	SON
2.	Rabul	15	M	SON
3.	Rishi	21	M	SON
4.	Preeti	12	M	SON

BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable)

सहायता के लिये निवृत्ति आधार

BPL Card (Attach Card Copy) गरीबी रेश के साथ प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें)	EWS Certificate (Attach Certificate Copy) आय आक 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 निवृत्ति का उद्देश्य:

Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached अस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई प्रतिवेदन सूची संलग्न
1.	Diagnosis - RE - MSE LE - IMSE
2.	Surgery - RE - ECCE+IOL

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
1.	Venue	

