

C17/08/0062

## APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE

सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)

(स्वास्थ्य देखभाल)


**Koshika**  
 foundation  
 Building block of life

APPLICATION No.:

आवेदन संख्या:

V/0817/0258

APPLICATION DATE:

आवेदन तिथि

11/08/2017

NAME of APPLICANT:

आवेदक का नाम

Haripryari Devi

AGE-YEARS आयु-वर्ष

65

SEX लिंग

F

FATHER'S/SPOUSE'S NAME:

पिता/सहोदर का नाम

Ram dhun

PRESENT RESIDENCE ADDRESS वर्तमान आवास पता

Vill - Dhauriya, PO - Jambhaya, Tehsil - Igla

Dist - Aligarh, UP, 202145

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS स्थायी आवास पता

Same as above



Prob

Postop

(0258) Haripryari Devi

OCCUPATION:

व्यवसाय

House wife

TOTAL ANNUAL INCOME:

कुल वार्षिक आय

NA

(Attach Proof of Income)

(आय का साक्ष्य संलग्न)

NA

PAN No. सवाई खाता संख्या

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

क्या आप आय कर दाता हैं (जो सत्य हो उस पर सही का निशान लगाएं)

Yes / No

हां / नहीं

✓

## FAMILY DETAILS. परिवार विवरण

| Sr. No.<br>क्रम संख्या | Name of Family Member<br>परिवार के सदस्य का नाम | Age (Years)<br>उम्र (वर्ष) | Gender<br>लिंग | Relation with Applicant<br>आवेदक के साथ संबंध |
|------------------------|-------------------------------------------------|----------------------------|----------------|-----------------------------------------------|
| 1.                     | Teekam Singh                                    | 65                         | M              | Husband                                       |
| 2.                     | Alam Singh                                      | 40                         | M              | Son                                           |
| 3.                     | Raj Kumar                                       | 38                         | M              | Son                                           |
| 4.                     | Suresh devi                                     | 35                         | F              | Daughter                                      |
| 5.                     | Prem kati                                       | 32                         | F              | Daughter                                      |
|                        |                                                 |                            |                |                                               |
|                        |                                                 |                            |                |                                               |
|                        |                                                 |                            |                |                                               |
|                        |                                                 |                            |                |                                               |

BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable)

सहायता के लिये विधि आधार

BPL Card

(Attach Card Copy)

गरीबी रेषा के नीचे प्रमाण पत्र

(प्रमाण पत्र को साथ प्रेषित करें)

EW's Certificate

(Attach Certificate Copy)

अल्प आय वर्ग प्रमाण पत्र

(प्रमाण पत्र को साथ प्रेषित करें)

Ration Card

(Attach Copy)

आपूर्तिकृत कार्ड

(प्रमाण पत्र को साथ प्रेषित करें)

Any Other

Basis/Proof

अन्य कोई साक्ष्य

## "PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE:

सहायता हेतु किये गये विपत्ती का उद्देश्य:

| Sr. No.<br>क्रम संख्या | Medical Reports/Prescriptions Attached<br>अस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई प्रमाणित सूची संलग्न |
|------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------|
|                        | RE - IMSC                                                                                   |
|                        | RE - P.P                                                                                    |
|                        | Surgery - (RE) Phaco with IOL                                                               |

ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES

इस उद्देश्य के हेतु कोई अन्य सहायता किसी अन्य स्रोत से प्राप्त क्या हो?

| Sr. No.<br>क्रम संख्या | NAME of OTHER SOURCE<br>अन्य स्रोत का नाम | AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILED<br>कौन सी सहायता मिली |
|------------------------|-------------------------------------------|----------------------------------------------------------|
| 1                      | SCFH                                      |                                                          |
|                        |                                           |                                                          |
|                        |                                           |                                                          |
|                        |                                           |                                                          |

