

17/08/2024

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE
सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)
(स्वास्थ्य देखभाल)

Koshika
foundation
Building block of life

APPLICATION No.:
आवेदन संख्या :

V/0817/0300

APPLICATION DATE:
आवेदन तिथि

21/08/24

NAME OF APPLICANT:
आवेदक का नाम

Khajan Singh

AGE-YEARS आयु-वर्ष

70

SEX लिंग

M

FATHER/SPOUSE'S NAME:
पिता/सहोदर का नाम

Haridam Singh

PRESENT RESIDENCE ADDRESS: वर्तमान निवास पता

Vill-Bhandiyas Dist-Mathura, U.P.
281502

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS: स्थायी निवास पता

Same as above



Pratap Postop
(0300) Khajan Singh

OCCUPATION:
व्यवसाय

Labour (Unmarried)

ANNUAL INCOME:
वार्षिक आय

NA

(Attach Proof of Income)
(आय का साक्ष्य प्रस्तुत करें)

NA

ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable):
क्या आप आय कर दाता हैं (जो मान्य हो उस पर सही का निशान लगाएं)

Yes / No
हां / नहीं

✓

FAMILY DETAILS: परिवार विवरण

No. क्र.	Name of Family Member परिवार के सदस्य का नाम	Age (Years) उम्र (वर्ष)	Gender लिंग	Relation with Applicant आवेदक के साथ संबंध
1	Nil		F	Wife

BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable)
सहायता के सिद्धि विधि आधार

NPL Card (Attach Card Copy) नए/पुराने के दोनो प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र को साथ में प्रस्तुत करें)	EWS Certificate (Attach Certificate Copy) अल्प आय वर्ग प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र को साथ में प्रस्तुत करें)	Ration Card (Attach Copy) उपभोग्य कार्ड (प्रमाण पत्र को साथ में प्रस्तुत करें)	Any Other Basic Proof अन्य कोई साक्ष्य
---	--	---	--

"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE:
सहायता हेतु किसे लगे विचार का उद्देश्य:

Medical Reports/Prescriptions Attached
आस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई प्रतिवेदन सूची संलग्न

RE-PP

IE-EMSC

Surgery- (LE) Sics with IOL

ASSISTANCE BEING AVAILABLE for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES
इस उद्देश्य के हेतु कोई अन्य सहायता किसी अन्य स्रोत से लीया गया है?

NAME of OTHER SOURCE
अन्य स्रोत का नाम

SCPH

AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILABLE
ली गई सहायता राशि