

C13/08/0013

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE

सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)

(स्वास्थ्य देखभाल)



Koshika
foundation
Building block of life

APPLICATION No. :

V/0917/0336

APPLICATION DATE :

आवेदन तिथि

08/09/017

NAME OF APPLICANT :

आवेदक का नाम

Beena Devi

AGE-YEARS आयु-वर्ष

55

SEX लिंग

F

NAME OF SPOUSE'S NAME :

पति/पत्नी का नाम

Jagaram

PRESENT RESIDENCE ADDRESS वर्तमान आवासीय पता

Vill- Nagla Chikam, Po-Maninabada, Distt-
Mathura, Up, 281204

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS : स्थायी आवासीय पता



PASTE PHOTO HERE

Pre op Post op

(0336) Beena Devi

OCCUPATION :

व्यवसाय

House wife

GROSS ANNUAL INCOME :

कुल वार्षिक आय

NA

(Attach Proof of Income)

(आय का प्रमाण संलग्न करें)

NA

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

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

Yes / No

हां / नहीं

✓

FAMILY DETAILS परिवार विवरण

Sl. No. क्रम संख्या	Name of Family Member परिवार के सदस्य का नाम	Age (Years) उम्र (वर्ष)	Gender लिंग	Relation with Applicant आवेदक के साथ सम्बन्ध
1	Kamha by		m	Husband
2	Sanjay		m	Son
3	Sumi		m	Son

BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable)

सहायता के लिये विधि आधार

IFC Card (Attach Card Copy) आय कर कार्ड की प्रतिलिपि संलग्न करें।	EWS Certificate (Attach Certificate Copy) अल्प आय वर्ग प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र को साथ में प्रस्तुत करें।)	Ration Card (Attach Copy) उपायोजन कार्ड (प्रमाण पत्र को साथ में प्रस्तुत करें।)	Any Other Basis/Proof अन्य कोई साधन
---	--	---	---

"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE:

सहायता हेतु किये गये निम्न का उद्देश्य:

Sl. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached अस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई प्रतिवेदन सूची संलग्न
	RE - P.P
	IE - IMSC
	Surgery - RE Photo with IOL

ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES

इस उद्देश्य के हेतु कोई अन्य सहायता किसी अन्य स्रोत से लिये गया है?

Sl. No. क्रम संख्या	NAME of OTHER SOURCE अन्य स्रोत का नाम	AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILED लिये गई सहायता राशि
1	SCFH	

