

C18/110557

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE

सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)

(स्वास्थ्य देखभाल)

Koshika
foundation

Building lives of life

APPLICATION No. / आवेदन संख्या :

V/1218/0886

APPLICATION DATE / आवेदन तिथि

07/12/2018

NAME of APPLICANT / आवेदन करने वाले का नाम

Satyanarayan

AGE-YEARS / आयु-वर्ष

62

SEX / लिंग

M

FATHER'S/SPOUSE'S NAME / पिता/पत्नी का नाम

Chhail Bihari

PRESENT RESIDENCE ADDRESS / वर्तमान निवासस्थान का पता

Madan Mohan Sharma, Vindayash
Jharkhand - Mathura, U.P., 281121

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS / स्थायी निवासस्थान का पता

Same as above



Preop Postop

(0886) Satyanarayan

OCCUPATION / व्यवसाय

Farmer

MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)

TOTAL ANNUAL INCOME / कुल वार्षिक आय

2150/-

(Attach Proof of Income)

(आप का साक्ष्य संलग्न)

NA

PAN No. / आयकर पत्र संख्या

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

हम आप आय कर देने वाले हैं (जो लागू हो उस पर तिकी का चिह्न लगाएं)

Yes / हाँ

No / 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	Satyanarayan	57	F	Wife
2	Moelishari	28	M	Son
3	Umesh	23	M	Son

BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable)

सहायता के लिए निम्नी आधार

BPL Card (Attach Card Copy) पोली कार्ड के कोपी संलग्न करें (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें)	EWS Certificate (Attach Certificate Copy) आय और वर्ग प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें)	Ration Card (Attach Copy) उपभोग्य कार्ड (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें)	Any Other Basis/Proof अन्य कोई साक्ष्य
---	---	--	--

"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE:

सहायता हेतु किसे लाने चिकित्सा का उद्देश्य:

Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached अस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई प्रीस्क्रिप्शन सूची संलग्न
	NE - TBSL
	LE - RP
	Surgery - (NE) SCL + IOL

ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES

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

Sr. No. क्रम संख्या	NAME of OTHER SOURCE अन्य स्रोत का नाम	AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILED इस हेतु सहायता राशि
1	SCLH	

