

C18/12/0213

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE

सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)

(स्वास्थ्य देखभाल)

Koshika
Foundation

Building lives of life

APPLICATION No. :

आवेदन संख्या :

V/1218/0912

APPLICATION DATE :

आवेदन तिथि

11/12/018

NAME of APPLICANT :

आवेदक का नाम

Kiran Devi

AGE-YEARS आयु-वर्ष

56

SEX लिंग

F

FATHER'S/SPOUSE'S NAME :

पिता/सहोदर का नाम

D/o - Sukhram

PRESENT RESIDENCE ADDRESS : वर्तमान आवासीय पता

Khandpur, Muzga

District: Mathura, D.P., 204213

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS : स्थायी आवासीय पता

Same as above



Present Past

(0912) Kiran Devi

OCCUPATION :

व्यवसाय

House wife

MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)

TOTAL ANNUAL INCOME :

कुल वार्षिक आय

NA

(Attach Proof of Income)

(आय का सबूत संलग्न)

NA

PAN No. सर्वेक्षण संख्या

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

क्या आप आय कर दाता हैं (जो सत्य 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 सम्बन्ध
1	Khagesh Singh	60	M	Husband
2	Dharam Veer	32	M	Son
3	Rajveer	30	M	Son

BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable)

आवश्यकता के लिये चिह्नित करें

SPL Card (Attach Card Copy) पोली रेखा के नीचे प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें)	EWS Certificate (Attach Certificate Copy) आय, आय 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 Basic/Proof अन्य कोई सबूत
--	--	---	---

"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE:

सहायता हेतु किये गये विनोद का उद्देश्य:

Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached अस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई उद्देश्यपूर्ण सूची संलग्न
	RE - Tmac
	LE - Tmac
	Surgery - (RE) SCL + T + L

ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES

इस उद्देश्य के हेतु कोई अन्य सहायता किसी अन्य स्रोत से मिल चुकी है?

Sr. No. क्रम संख्या	NAME of OTHER SOURCE अन्य स्रोत का नाम	AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILED जो गई सहायता राशि
1	SCHE	

