

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE

सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)

(स्वास्थ्य देखभाल)



Koshika
foundation
Building block of life.

APPLICATION No.: S/12/8/332 (1480/8)

APPLICATION DATE: 21/12/18

NAME of APPLICANT:

आवेदक का नाम

Mrs. Vishnu Prinja

AGE-YEARS आयु-वर्ष

60

SEX लिंग

F

FATHER'S/SPOUSE'S NAME:

पिता/पत्न्या का नाम

Late Biren Das

PRESENT RESIDENCE ADDRESS वर्तमान आवास पता

183/15 Shahpurjat New Delhi

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS: स्थायी आवास पता

Ms. Abhise

OCCUPATION: Housewife

व्यवसाय

MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)

TOTAL ANNUAL INCOME:

कुल वार्षिक आय

Rs. 85,000/- (Family Income)

(Attach Proof of Income)

(आय का साक्ष्य संलग्न करें)

PAN No. स्वयं छाता संख्या

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

क्या आप आय कर छात हैं (जो मान्य हो उस पर तिकी का निशान 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
01	Prashant Das	39	M	Son

BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable)

सहायता के लिये विवृति आधार

BPL Card (Attach Card Copy) बीपीएल कार्ड के साथ प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें)	EWS Certificate (Attach Certificate Copy) एएस सी प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें)	Ration Card (Attach Copy) रशियन कार्ड (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें)	Any Other Basis/Proof अन्य कोई साक्ष्य
--	---	--	--

"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE:

सहायता हेतु किसे क्या दिवंगत का उद्देश्य:

Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached अस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई प्रक्रियेन सूची संलग्न
	Diag:- RE Cataract
	Sur:- RE Phacoemulsification

ASSISTANCE BEING AWARDED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES

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

Sr. No. क्रम संख्या	NAME of OTHER SOURCE अन्य स्रोत का नाम	AMOUNT of ASSISTANCE BEING AWARDED कौन सा सहायता मिली

