

C1910310061

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE
 सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

 (Healthcare)
 (स्वास्थ्य देखभाल)

Koshika
 foundation
 Building Block of life.

APPLICATION No. : आवेदन संख्या : V/0319/1270	APPLICATION DATE : आवेदन तिथि 04/03/19
NAME of APPLICANT : आवेदक का नाम Kiran Devi	AGE-YEARS आयु-वर्ष 60
	SEX लिंग F
FATHER'S/SPOUSE'S NAME : पिता/कटुम्प का नाम Shiv Chandra	
PRESENT RESIDENCE ADDRESS वर्तमान आवास पता Jawahar Road, Baldeo	
PERMANENT RESIDENCE ADDRESS स्थायी आवास पता Dhara - Mathura, UP 281301	
same as above	
OCCUPATION : व्यवसाय House wife	MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित) <input checked="" type="checkbox"/> MARRIED
TOTAL ANNUAL INCOME : कुल वार्षिक आय NA	(Attach Proof of Income) (आय का साक्ष्य संलग्न) NA
PAN No. स्थायी खाता संख्या	



Preop Postop

(1270) Kiran Devi

 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
 हाँ / 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.	Lachha	late	M	Husband
2.	Ashwini Kumari	37	M	Son
3.	Ramjit	33	M	Son
4.	Jangra Sarah	30	M	Son
5.	Satish	26	M	Son

 BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable)
 सहायता के लिये विनति आधार

BPL Card (Attach Card Copy) गरीबी रेखा के नीचे प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें)	EWS Certificate (Attach Certificate Copy) अल्प आय 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 गये विनती का उद्देश्य:

Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached अस्पताल/डॉक्टर से सही की गई प्रतिवेदन सूची संलग्न
	RE — P-P
	LE — IMSC
	Surgery — (LE) STCS + TOI

 ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES
 इस उद्देश्य के हेतु कोई अन्य सहायता किसी अन्य स्रोत से लिया गया हो?

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

