

VRN-C787

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE

सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)

(स्वास्थ्य देखभाल)



Koshika
Foundation
Building block of life

APPLICATION No. :

आवेदन संख्या :

V/119/0738

APPLICATION DATE :

आवेदन तिथि

05/11/19

NAME of APPLICANT :

आवेदक का नाम

Dyaram

AGE-YEARS आयु-वर्ष

SEX लिंग

51

M

FATHER'S/SPOUSE'S NAME :

पिता/पत्नी का नाम

Mavasi

PRESENT RESIDENCE ADDRESS वर्तमान आवासीय पता

Neeru Nagar, Raja

Dist - Mathura, U.P., 281204

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS : स्थाई आवासीय पता

Same as above



Pre OP Post OP

(0738) Dyaram

OCCUPATION :

व्यवसाय

Farmer

MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)

TOTAL ANNUAL INCOME :

कुल वार्षिक आय

18500/-

(Attach Proof of Income)

(आय का साक्ष्य संलग्न)

NA

PAN No. स्थाई खाता संख्या

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

क्या आप आय कर दाता हैं (जो लागू 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 से संबंध
1	Late Sunita	50	F	Wife
2	Bikendra	25	M	Son
3	Bikendra	23	F	Daughter
4	Kamlesh	20	F	Daughter
5	Mohan Devi	17	F	Daughter
6	Meena	14	F	Daughter

BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable)

सहायता के लिए निम्न आधार

BPL Card (Attach Card Copy) गरीबों रोज के नीचे प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें)	BWS Certificate (Attach Certificate Copy) अल्प आय का प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें)	Ration Card (Attach Copy) उपभोक्ता कार्ड (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें)	Any Other Basis/Proof अन्य कोई साक्ष्य
---	---	---	--

"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE:

सहायता हेतु किये गये निम्न का उद्देश्य:

Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached अस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई प्रतिलिखित सूची संलग्न
	RC - IMSC
	EC - IMSC
	Summary - (RE) Lungs + J.OL

ASSISTANCE BEING AWARDED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES

इस उद्देश्य के हेतु कौन अन्य सहायता किसी अन्य स्रोत से ली गई है?

Sr. No. क्रम संख्या	NAME of OTHER SOURCE अन्य स्रोत का नाम	AMOUNT of ASSISTANCE BEING AWARDED ली गई सहायता राशि
1	GOVT	

DECLARATION by APPLICANT: आवेदन दाता प्रमाण पत्र: _____

- AGREEMENT by APPLICANT (आवेदक द्वारा करण)

AGREEMENT by APPLICANT (आवेदक द्वारा करी)

- for which assistance is being requested.

- with the Trustees of Roshni Foundation, and other donors to the Roshni Foundation.

- "कोशिका" एवम् उसके शोधार्थ की लाखों रुपय और कीमती हथियार

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION :

सावधान न हो इलाहा या अंगुली का निशान



AGREEMENT by HOSPITAL (हस्पताल द्वारा स्वीकृति)

3) that we neither are presently nor will in future avail of financial assistance from another NGO or any other source, for the same patient/cases, as we are

- in the matter.

- गिर सारकारी भुज्या या किसी अन्य साधन से नहीं लिया/लिया।

- की प्रती और "जाशक" को कद शूषक या विनिर्देश रूप प्राप्त है।

स्वीकृती के लिए संस्तुति

--	--

ऑपरेटिंग की लागत

061119

58417

(Name of Di. & Regn.)

हक्कर का नाम य हरलाला य रवि, य

FOR INTERNAL USE OF KC

राष्ट्रिय प्रशासनिक सेवा

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION

बानी हलधर ।

Erasmus

च्योमी हस्तशाला २

10

2025