

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE

सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)

(स्वास्थ्य देखभाल)



Koshika
foundation
Building block of life.

APPLICATION No.: S/1021/100 (344/21) APPLICATION DATE: 28/10/21
आवेदन संख्या: आवेदन तिथि

NAME of APPLICANT: Mrs Anandi Devi AGE-YEARS आयु-वर्ष SEX लिंग
आवेदक का नाम 55 F F

FATHER'S/SPOUSE'S NAME: Mr. Harak Singh
पिता/पति का नाम

PRESENT RESIDENCE ADDRESS वर्तमान निवास पता

14/7, Sangam Vihar RD

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS: स्थायी निवास पता

As Above

OCCUPATION: Housewife

MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)

TOTAL ANNUAL INCOME: Rs. 2.00 lacs (Family Income)

(Attach Proof of Income)

(आय का साक्ष्य संलग्न)

PAN No. स्वयं का PAN संख्या -

ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable):
क्या आप आय करदाता हैं (जो सत्य हो उस पर खींचें या निरुद्ध लगायें)

Yes / No
हां / नहीं

FAMILY DETAILS परिवार विवरण

Sr. No. क्रम संख्या	Name of Family Member परिवार के सदस्य का नाम	Age (Years) उम्र (वर्ष)	Gender लिंग	Relation with Applicant आवेदक के साथ सम्बन्ध
(1)	Harak Singh	60	M	Husband
(2)	Surinder	38	M	Son
(3)	Anvinder	35	M	Son

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

DPL Card (Attach Card Copy) यरीवी रेशन कार्ड के नोचे 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) उपभोक्ता कार्ड (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें)	Any Other Basis/Proof अन्य कोई साक्ष्य
---	---	---	--

"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE:
सहायता हेतु किये गये विनती का उद्देश्य:

Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached अस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई प्रतिवेदन सूची संलग्न
	Diag:- LF Cataract
	Sux:- LF Phaco + IOL

ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES
इस उद्देश्य के हेतु कोई अन्य सहायता किसी अन्य स्रोत से लिये गयी है?

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

