


AwR-C-25-04-0600

| APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE<br>(Healthcare)   |  | Koshika<br>foundation<br>Building block of life.  |  |   |
|---|--|---|--|---|
| APPLICATION No. :<br>आवेदन संख्या : A/0425/0043   |  | APPLICATION DATE : 15/04/25<br>आवेदन तिथि   |  |   |
| NAME of APPLICANT :<br>आवेदक का नाम Dharam Pal  |  | AGE-YEARS आयु-वर्ष<br>74  | SEX लिंग<br>M                                |   |
| FATHER'S/SPOUSE'S NAME :<br>पिता/कटुम्भ का नाम Mula Ram   |  |                |  |   |
| PRESENT RESIDENCE ADDRESS वर्तमान आवासीय पता<br>Wahga-Bhore, Teh-Buhana, Dist-Jhansi  |  |   |  |   |
| PERMANENT RESIDENCE ADDRESS स्थायी आवासीय पता<br>Rajasthan-393515<br>As above.  |  |   |  |   |
| OCCUPATION :<br>व्यवसाय Farmer  |  |   |  |   |
| TOTAL ANNUAL INCOME :<br>कुल वार्षिक आय 51,000  |  | MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)<br>(Attach Proof of Income)<br>(आय का साक्ष्य संलग्न) NA |  |   |
| PAN No. स्थायी खाता संख्या NA   |  |   |  |   |
| ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable):<br>क्या आप आय कर दाता हैं (जो मान्य हो उस पर सही का निशान लगाएँ।)      |  | Yes / No<br>हाँ / नहीं  |  |   |
| FAMILY DETAILS परिवार विवरण   |  |   |  |   |
| Sr. No.<br>क्रम संख्या  | Name of Family Member<br>परिवार के सदस्यों का नाम  | Age (Years)<br>उम्र (वर्ष)  | Gender<br>लिंग                               | Relation with Applicant<br>आवेदक के साथ सम्बन्ध |
| 1.  | Hemeshma   | 60  | F  | wife  |
| 2.  | Namesh   | 32  | M  | Son   |
| 3.  |  |   |  |   |
| BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable)<br>सहायता के लिये विनति आधार   |  |   |  |   |
| BPL Card<br>(Attach Card Copy)<br>गरीबी रेखा के नीचे प्रमाण पत्र<br>(प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें।)                          | EWS Certificate<br>(Attach Certificate Copy)<br>अल्प आय वर्ग प्रमाण पत्र<br>(प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें।) | Ration Card<br>(Attach Copy)<br>उपभोक्ता कार्ड<br>(प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें।)        | Any Other<br>Basis/Proof<br>अन्य कोई साक्ष्य |   |
| "PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE:<br>सहायता हेतु किये गये विनती का उद्देश्य:   |  |   |  |   |
| Sr. No.<br>क्रम संख्या  | Medical Reports/Prescriptions Attached<br>अस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई प्रतिवेदन सूची संलग्न                         |   |  |   |
| 1.  | Diagnosis RE - Senile Cataract<br>LE - Senile Cataract   |   |  |   |
| 2.  | Surgery - LE - STLS with PMMA  |   |  |   |
| ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES<br>इस उद्देश्य के हेतु कोई अन्य सहायता किसी अन्य स्रोत से लिया गया हो? |  |   |  |   |
| Sr. No.<br>क्रम संख्या  | NAME of OTHER SOURCE<br>अन्य स्रोत का नाम  | AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILED<br>ली गई सहायता राशि   |  |   |
| 1.  | Nil  |   |  |   |



