



VRN-C-20-10-0142

| APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE<br>सहायता हेतु आवेदन प्रारूप   |   | (Healthcare)<br>(स्वास्थ्य देखभाल)  | <br><b>Koshika</b><br>Foundation<br>Building, New Delhi |   |   |
|--|---|---|--|---|---|
| APPLICATION No.<br>आवेदन संख्या :  | V/1020/0064   | APPLICATION DATE<br>आवेदन तिथि  | 05/10/20   |   |   |
| NAME of APPLICANT<br>अवेदक का नाम  | Sakuntala Devi  | AGE-YEARS आयु-वर्ष  | 61   | SEX लिंग  | F |
| FATHER'S/SPOUSE'S NAME<br>पिता/पति का नाम  | Chhadda   |    |  |   |   |
| PRESENT RESIDENCE ADDRESS वर्तमान आवासीय पता<br>Parasauli, Parasauli, Parasauli  |   |   |  |   |   |
| PERMANENT RESIDENCE ADDRESS स्थायी आवासीय पता<br>Distt. Mathura, UP, 281001  |   |   |  |   |   |
| Same as above  |   |   |  |   |   |
| OCCUPATION<br>व्यवसाय  | Home Maker  | MARRIED (विवाहित) : UNMARRIED (अविवाहित)  |  |   |   |
| TOTAL ANNUAL INCOME<br>कुल वार्षिक आय  | 22000 (Family)  | (Attach Proof of Income)<br>(आय का साक्ष्य प्रस्तुत करें) NA                          |  |   |   |
| PAY No. आई खाता संख्या   |   |   |  |   |   |
| ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable):<br>क्या आप आय कर दाता हैं (जो पता हो उस पर खई का चिह्न लगाएं) Yes / No हाँ / नहीं <input checked="" type="checkbox"/> |   |   |  |   |   |
| FAMILY DETAILS परिवार विवरण  |   |   |  |   |   |
| Sr. No.<br>क्रम संख्या   | Name of Family Member<br>परिवार के सदस्य का नाम   | Age (Years)<br>उम्र (वर्ष)  | Gender<br>लिंग   | Relation with Applicant<br>अवेदक के साथ सम्बन्ध |   |
| 1  | Bunde Kham  | 64  | M  | Husband   |   |
| 2  | Munira  | 35  | M  | Son   |   |
| 3  | Naveen  | 30  | M  | "   |   |
| 4  | Unmarried   | 27  | M  | "   |   |
| 5  | राजू  | 24  | M  | "   |   |
| 6  | Chhadda   | 20  | M  | "   |   |
| BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable):<br>सहायता के लिये विनती आधार   |   |   |  |   |   |
| BPL Card<br>(Attach Card Copy)<br>गरीबी रेष के नीचे प्रमाण पत्र<br>(प्रमाण पत्र की छाया प्रस्तुत करना)   | EWS Certificate<br>(Attach Certificate Copy)<br>अल्प आय वर्ग प्रमाण पत्र<br>(प्रमाण पत्र की छाया प्रस्तुत करना) | Ration Card<br>(Attach Copy)<br>उपभोक्ता कार्ड<br>(प्रमाण पत्र की छाया प्रस्तुत करना) | Any Other<br>Basis/Proof<br>अन्य कोई साक्ष्य   |   |   |
| "PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE:<br>सहायता हेतु किसे गति विनती का उद्देश्य:  |   |   |  |   |   |
| Sr. No.<br>क्रम संख्या   | Medical Reports/Prescriptions Attached<br>अस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई प्रलेखन सूची संलग्न                      |   |  |   |   |
|  | RE - Senile Cataract  |   |  |   |   |
|  | LE - Senile Cataract  |   |  |   |   |
|  | Surgery - (RE) SICS + IOL   |   |  |   |   |
| ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES:<br>इस उद्देश्य के हेतु कौसे अन्य सहायता किसी अन्य स्रोत से लिया गया है?  |   |   |  |   |   |
| Sr. No.<br>क्रम संख्या   | NAME of OTHER SOURCE<br>अन्य स्रोत का नाम   | AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILED<br>नी गई सहायता राशी                               |  |   |   |
| 1  | DBCS  | 2000/-  |  |   |   |

