



APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE सहायता हेतु आवेदन प्रारूप		(Healthcare) (स्वास्थ्य देखभाल)		 Koshika foundation Total Goodwill	
APPLICATION No आवेदन क्रमांक: V/1020/0078		APPLICATION DATE आवेदन तिथि: 09/10/20		 PASTE PHOTO HERE (0078) Pooran	
NAME of APPLICANT आवेदक का नाम: Pooran		AGE-YEARS आयु-वर्ष: 63	SEX लिंग: M		
FATHER'S/SPOUSE'S NAME पिता/कनूज का नाम: Lotwale		PRESENT RESIDENCE ADDRESS वर्तमान आवासीय का Vill. Saengna bary, Kitham, Kactham Dist. Azamgarh, U.P. 202007			
		PERMANENT RESIDENCE ADDRESS स्थायी आवासीय का Same as above			
OCCUPATION व्यवसाय: Sant		MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित): <input checked="" type="checkbox"/> MARRIED			
TOTAL ANNUAL INCOME कुल वार्षिक आय: NA		(Attach Proof of income) (आय का सबूत संलग्न): NA			
PAN No. स्थान ज्ञात नहीं					
ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable) क्या आप आय कर दाता हैं (को मार्क हा उस का मही का स्थान लगे):		Yes / हा		No / नहीं <input checked="" type="checkbox"/>	
FAMILY DETAILS परिवार विवरण					
Sr. No. क्रम संख्या	Name of Family Member परिवार के सदस्य के नाम	Age (Years) उम्र (वर्ष)	Gender लिंग	Relation with Applicant आवेदक के साथ संबंध	
1	Lotwale	63	F	Wife	
BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable) सहायता के लिए विवरण आधार					
BPL Card (Attach Card Copy) गरीबों रेशम के नीचे प्रवेश पर प्रमाण पत्र को क्लिक प्रति संलग्न करें		EWS Certificate (Attach Certificate Copy) अल्प आय वर्ग प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र को क्लिक प्रति संलग्न करें)		Ration Card (Attach Copy) रसयोजना कार्ड (प्रमाण पत्र को क्लिक प्रति संलग्न करें)	
Any Other Basis/Proof अन्य कोई साक्ष्य					
"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE सहायता हेतु लिखें अपने किन्ती का उद्देश्य:					
Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached अस्पताल-डॉक्टर से जारी की गई प्रतिवेदन यहाँ संलग्न				
	RE - Senile Cataract				
	LE - Senile Cataract				
	Surgery - (RE) SICCS + IOL				
ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES इस उद्देश्य के हेतु कोई अन्य सहायता किन्ती अन्य स्रोत से लीया गया है?					
Sr. No. क्रम संख्या	NAME of OTHER SOURCE अन्य स्रोत का नाम	AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILED कोई गई सहायता राशि			
1	DBCS	2000/-			

