



VRN-C-20-09-0288

<b>APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE</b> सहायता हेतु आवेदन प्रारूप		(Healthcare) (स्वास्थ्य देखभाल)	 Koshika Foundation Building lives of life	
APPLICATION No / आवेदन क्रमांक: <b>V/1020/0079</b>	APPLICATION DATE / आवेदन दिनांक: <b>12/10/20</b>		 Preop Postop (0079) Uroopal	
NAME of APPLICANT / आवेदक का नाम: <b>Uroopal</b>	AGE-YEARS आयु-वर्ष: <b>58</b>	SEX लिंग: <b>M</b>		
FATHER/SPOUSE'S NAME / पिता/पत्नी का नाम: <b>Baini Ram</b>				
PRESENT RESIDENCE ADDRESS / वर्तमान आवासीय पता: <b>Inram Badhan, Post Badhan, Barban</b>				
DIST: <b>Mathura, U.P. 201204</b> PERMANENT RESIDENCE ADDRESS / स्थायी आवासीय पता: <b>Same as above</b>				
OCCUPATION / व्यवसाय: <b>Labour</b>	MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित): <input checked="" type="checkbox"/>			
TOTAL ANNUAL INCOME / कुल वार्षिक आय: <b>19,000/-</b>	(Attach Proof of Income) / आश्रय का प्रमाण प्रस्तुत करें: <b>NA</b>			
PAN No. स्थान का पता: _____				
ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable) / क्या आप आय कर दाता हैं? (जो लागू हो उस पर सही का चिह्न लगाएं): Yes / No / हाँ / नहीं <input checked="" type="checkbox"/>				
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 संबंध
1	Krishna	56	F	Wife
2	Aditya	27	M	Son
BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable) / सहायता के लिये चिह्नित आधार				
BPL Card (Attach Card Copy) / तालिका रखा के नीचे प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की प्रतिलिपि संलग्न करें)	EWS Certificate (Attach Certificate Copy) / अन्य आय पर प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की प्रतिलिपि संलग्न करें)	Ration Card (Attach Copy) / उपभोक्ता कार्ड (प्रमाण पत्र की प्रतिलिपि संलग्न करें)	Any Other Basis/Proof / अन्य कोई प्रमाण	
"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE / सहायता हेतु किये जाने विवरण का उद्देश्य:				
Sr. No / क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached / अस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई प्रतिबंधित सूची संलग्न			
	<b>RE - Senile Cataract</b>			
	<b>LE - Senile Cataract</b>			
	<b>Surgery - (LE) Phaco + IOL</b>			
ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES / इस उद्देश्य के हेतु कहीं अन्य सहायता किससे प्राप्त होना से लिया गया है?				
Sr. No / क्रम संख्या	NAME of OTHER SOURCE / अन्य स्रोत का नाम	AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILED / कितनी राशि सहायता प्राप्त		
1	DBCS	2000/-		

