

C-20-10-0843

## APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE

सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)

(स्वास्थ्य देखभाल)



Koshika  
foundation  
Building Blocks of Life

APPLICATION No. :

आवेदन संख्या :

A/1120/0081

APPLICATION DATE :

आवेदन तिथि

03/11/2020

NAME of APPLICANT :

आवेदक का नाम

Chopiram Raigar

AGE-YEARS आयु-वर्ष

SEX लिंग

71

M

FATHER'S/SPOUSE'S NAME :

पिता/कटुम्भ का नाम

Dularam Raigar

PRESENT RESIDENCE ADDRESS वर्तमान आवासीय पता

Village - Suralgarh, Teh. - Thanagazi.

Dist. - Alwar, Rajasthan - 301022

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS स्थायी आवासीय पता

As above



Pre op - 0081  
Post op - Chopiram Raigar

OCCUPATION :

व्यवसाय

Farmer

MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)

TOTAL ANNUAL INCOME :

कुल वार्षिक आय

60,000/- (Family)

(Attach Proof of Income)

(आय का साक्ष्य प्रस्तुत करें)

NA

PAN No. सत्यापित पत्र संख्या

N/A

ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable)

क्या आप आय कर दाता हैं (जो सत्य हो उस पर टिकी का चिह्न लगाएं)

 No  
 Yes

FAMILY DETAILS परिवार विवरण

Sr. No. क्रम संख्या	Name of Family Member परिवार के सदस्यों का नाम	Age (Years) उम्र (वर्ष)	Gender लिंग	Relation with Applicant आवेदक के साथ सम्बन्ध
1	Ganga Devi	69	F	wife
2	Kisan Kumar	22	M	son

BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable)

सहायता के लिये विनति आधार

BPL Card (Attach Card Copy) गरीबी रेखा के नीचे 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) उपभोगिता कार्ड (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें)	Any Other Basis/Proof अन्य कोई साक्ष्य

"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE:

सहायता हेतु किये गये विनतियों का उद्देश्य:

Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached अस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई प्रतिवेदन सूची संलग्न
1.	Diagnosis - RE - PP LE - Total Strabismic Cat.
2.	Surgey - LE - Phaco + IOL

ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES

इस उद्देश्य के हेतु कोई अन्य सहायता किसी अन्य स्रोत से लिया गया है?

Sr No. क्रम संख्या	NAME of OTHER SOURCE अन्य स्रोत का नाम	AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILED ली गई सहायता राशी
	NIL	

