

SRF - C-2.5 -09-0390

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE

सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)

(स्वास्थ्य देखभाल)

Koshika
foundation

Building block of life.

APPLICATION No. :
आवेदन संख्या :

S/0925/0462

APPLICATION DATE :

आवेदन दिनांक 06-9-25

NAME of APPLICANT :
आवेदक का नाम

Mrs. Kusum

AGE-YEARS आयु-वर्ष

69

SEX लिंग

F

FATHER'S/SPOUSE'S NAME :
पिता/सहोदर का नाम

Late Mr. Hari Singh

PRESENT RESIDENCE ADDRESS वर्तमान निवास स्थान

Caham Jalwala, Deoband, Saharanpur
Deoband, Uttar Pradesh, 247554

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS : स्थायी निवास स्थान

Same as above

OCCUPATION :

व्यवसाय

Home Maker

TOTAL ANNUAL INCOME :

कुल वार्षिक आय

47,000 (Family Income)

(Attach Proof of Income)

आय का सबूत संलग्न करें

NA

PAN No. : स्थायी आय स्रोत

NA

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

क्या आप आय का दाता हैं (जो मान्य हो उस पर सही का चिह्न लगाएं)

Yes / हाँ

No / नहीं

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 संबंध
(1)	Deobandhu	35	M	Son
(2)	Shilpa	33	M	Son
(3)	Pranisha	30	F	Daughter
(4)	Anjali	29	F	Daughter
(5)	Mohit	16	M	Son
(6)	Aniket	15	M	Son

BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable)

सहायता के लिए निम्न आधार

BPL Card (Attach Card Copy) गरीबी रेशा की कार्ड प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें)	EWS Certificate (Attach Certificate Copy) अन्य आय वर्ग प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें)	Ration Card (Attach Copy) उपभोक्ता कार्ड (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें)	Any Other Basis/Proof अन्य कोई सबूत
--	---	---	---

"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE:

सहायता हेतु किसे सहे विपत्ती का उद्देश्य:

Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached अस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई प्रतिवेदन मुखौ संलग्न
	Diagnosis - RE - senile cataract LE - senile cataract
	Surgery - LE - SICS with PMMA

ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES

इस उद्देश्य के हेतु कोई अन्य सहायता किसी अन्य स्रोत से ली जा रही है?

Sr. No. क्रम संख्या	NAME of OTHER SOURCE अन्य स्रोत का नाम	AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILED सी गई सहायता राशि

DECLARATION by APPLICANT: **অবেদনকারী দ্বারা ঘোষণা করা হল:**

- 1) I hereby confirm that all details in this Form are True to the best of my knowledge. Any false statement will render my Application & ongoing assistance, if any, liable for rejection/cancellation.
- 2) I solemnly confirm that assistance, if received from Koslisk Foundation, will be used only for the "purpose", as stated in this Form, for which such assistance was requested by me.
- 3) I hereby confirm that I have not & will not in future, avail of reimbursement, in part or in full, from any other source/employer/insurance company, of the amount for which this assistance is requested.

- AGREEMENT by APPLICANT (अनुमोदक द्वारा सहमति)

- APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION _____

AGREEMENT by HOSPITAL: (यहमे से हो गता)

इसको औपचार्य, इसलिये की जहाँ से घमसे/घोटे को "बोसिका भाउन्देरा" से विविन लायाय हेतु गिपरित की जयी है, जिसे हम (इम्मतल) निम्न प्रकार से मान्य व स्वीकार करते हैं।

2. "कॉलेजका फाउन्डेशन" से भी गुर्गु प्रशासना अधिक विविध प्रकृति की है। ऐसी पर हमारा दृष्टि दो गई प्रलाह का किने गये वयवधायिका का मुख्य ऐंगी एवं हमारा से बीच का विषय है और "कॉलेजका फाउन्डेशन" इस किनी प्रकार का कोई दस्ता नहीं है। इसलिए हमारा ये ऐंगी से हलत गुलत और आने जाने को घरी निम्नोदी ऐंगी एवं हमारा को हानी और "कॉलेजका" को कोई बुझा या निम्नोदी इस मामले में नहीं होये।

स्वीकृती के लिए संस्तुति

Dr. SUNIL VERMA
DMC No. - 20634

(Name of Dr. & Regn. No. with Stamp)
 डाक्टर का नाम व रजि. नं. के साथ

(Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory
on behalf of Hospital)
नाम व पद हस्ताक्षर करने वाले अधिकारी

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION गहनिक उपयोग हेतु

SIGNATURE of TRUSTEE 1
जगदीश कर्तार ।

SIGNATURE of TRUSTEE 2
न्यासी हस्ताक्षर 2