

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE सहायता हेतु आवेदन प्रारूप		(Healthcare) (स्वास्थ्य देखभाल)		Koshika foundation Building Block of life	
APPLICATION No.: आवेदन संख्या:		APPLICATION DATE: आवेदन तिथि			
NAME of APPLICANT: आवेदक का नाम		AGE-YEARS मास-वर्ष		SEX लिंग	
FATHER'S/SPOUSE'S NAME: पिता/पत्नी का नाम					
PRESENT RESIDENCE ADDRESS: वर्तमान निवास पता					
PERMANENT RESIDENCE ADDRESS: स्थायी निवास पता					
OCCUPATION: व्यवसाय					
TOTAL ANNUAL INCOME: वार्षिक आय					
PAN No. तपाईं खाता नंबर					
ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable) आप आय कर दाता हैं। (जो मान्य हो उसे चर सही का निशान लगाएं)					
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 से संबंध	
BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable) सहायता को दिलने के लिए आधार					
☒ BPL Card (Attach Card Copy) गरीबी रेशा में होने पर प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की साथ प्रति संलग्न करें)		☒ EWS Certificate (Attach Certificate Copy) आय आय कर प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की साथ प्रति संलग्न करें)		☒ Ration Card (Attach Card Copy) अनुपूर्णा कार्ड (प्रमाण पत्र की साथ प्रति संलग्न करें)	
☒ Any Other Basis/Proof अन्य कोई आधार					
PURPOSE for REQUESTING ASSISTANCE: सहायता हेतु किये गये बिमारी का उद्देश्य:					
Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached आस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई जांच/देखभाल सूची संलग्न				
①	Diagnosis R.E. Cataract I.E. Cataract				
②	Surgery L.E. Cataract + PCIOR				
ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES इस उद्देश्य को हेतु करने अन्य सहायता किसी अन्य स्त्रोत से दिया गया है?					
Sr. No. क्रम संख्या	NAME of OTHER SOURCE अन्य स्त्रोत का नाम			AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILED जी गई सहायता राशि	

