

C18/10/0256

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE

सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)

(स्वास्थ्य देखभाल)

Koshika
foundation

Building block of life.

APPLICATION No.:

आवेदन संख्या:

V/11/18/0845

APPLICATION DATE:

आवेदन तिथि

19/11/018

NAME of APPLICANT:

आवेदक का नाम

Munni

AGE-YEARS आयु-वर्ष

50

SEX लिंग

F

FATHER'S/SPOUSE'S NAME:

पिता/कन्या का नाम

D/o - Jamma

PRESENT RESIDENCE ADDRESS वर्तमान आवासीय पता

D.T - 3011, Tirkha Colony, Ballabgarh
Dist - Faridabad H.R - 121004

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS: स्थाई आवासीय पता

same as above.



PAST PHOTO HERE

Preop Postop
(0845) Munni

OCCUPATION:

आवसाय

Housewife

MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)

TOTAL ANNUAL INCOME:

कुल वार्षिक आय

NA

(Attach Proof of Income)
(आय का साक्ष्य संलग्न करें)

NA

PAN No. स्थाई खाता संख्या

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

क्या आप आय कर पत्रा है (जो मान्य हो उस पर सही का निशान लगायें)

Yes / No

हाँ / 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 सम्बन्ध
1	Gharat Singh	late	M	Husband
2	Urduya	33	F	Daughter
3	Soniya	29	F	Daughter
4	Sangeeta	25	F	Daughter
5	Rahul	20	M	Son
6	Shakhar	17	M	Son

BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable)

सहायता के लिये विनति आधार

BPL Card (Attach Card Copy) गरीबी रेशा 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) उपभोक्ता कार्ड (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें)	Any Other Basis/Proof अन्य कोई साक्ष्य
---	---	---	--

"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE:

सहायता हेतु किये गये विनती का उद्देश्य:

Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached अस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई प्रतिवेदन सूची संलग्न
	RE - TMAC
	LE - TMAC
	Surgery - (LE) SICK + TEL

ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES

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

Sr. No. क्रम संख्या	NAME of OTHER SOURCE अन्य स्रोत का नाम	AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILED तब तक सहायता पुरती
1	SCHE	

DECLARATION by APPLICANT: **अवेक ह्यु घोषणा पत्र:**
 I hereby declare that the information given in this Form is true to the best of my knowledge. Any false statement will render my Application & ongoing assistance null and void.

- 1) मैं घोषणा करता हूँ कि इस प्रकल्प में दिये गये सभी विवरण मेरे जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई विवरण एवं कथन असत्य पाया जाता है तो मेरी सहायता प्राप्त की जा सकती है।
- 2) मेरे द्वारा जो सहायता प्रति "कोलिका भण्डालेख", में दी जा रही है, उसका उपयोग उसी उद्देश्य की पूर्ति के लिये किया जायेगा, जो इस प्रकल्प में बतलाना है।
- 3) मैं पुष्टि करता हूँ कि बिना सहायक हेतु यह प्रार्थना की गई है, उस प्रति का अधिक या समस्त हिस्सा किसी अन्य संश्लेषितकर्मियों, कर्मियों को न तो दिया है और न ही भविष्य में दिया।

AGREEMENT by APPLICANT (आवेदक का कतर)

- 2) I (Applicant) further agree that any such use of my name, address, photo & details of the "purpose", for which such assistance is requested/granted, will not automatically entitle me for receiving or continuing the said assistance. The decision for granting and/or continuing the assistance will rest solely with the Trustees of Koshika Foundation, and their decision in this regard will be final and acceptable to me.

- *कठिनाई* यद्यपि इससे व्यक्ति का निर्देश अधिक और सफलकारी होगा।

अपेक्षा के अनुसार या अपेक्षा के विपरीत

Plum

AGREEMENT by HOSPITAL (हस्ताक्षरित हुआ नहीं)

(Hospital) hereby affirm & accept following:

- in the matter.

- તે સમાજની શાંતિ માં કોઈપણ અન્ય માધ્યમ દ્વારા પડી શકે છે.

- की होगी और "ओरिफ्ला" को सदैव शुभिष्ठा या विघ्नेश्वरी इन भावों में नहीं होगी।

स्वीकृती के लिए संस्तुति

No. with Stamp)
उत्तर व रुद्ध न.

9/11/08

समय से परे हस्तगत अधिकृत अधिकारी

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION अन्तर्गत उपयोग हेतु

Erasmus

sent