

19/02/2019

# APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE

सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)

(स्वास्थ्य देखभाल)

**Koshika**  
foundation

Building block of life.

APPLICATION No. :

आवेदन संख्या :

V/0219/1180

APPLICATION DATE :

आवेदन तिथि

19/02/19

NAME of APPLICANT :

आवेदक का नाम

Shanti Devi

AGE-YEARS आयु-वर्ष

SEX लिंग

64

F

FATHER'S/SPOUSE'S NAME :

पिता/कटुम्ब का नाम

D/O - Munshi Lal

PRESENT RESIDENCE ADDRESS वर्तमान आवासीय पता

V.M - purdil Nagar, Paundapur

Distt - Hathnagar, U.P. 204214

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS : स्थाई आवासीय पता

same as above



Preop Postop  
(1180) Shanti Devi

OCCUPATION :

व्यवसाय

House wife

MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)

TOTAL ANNUAL INCOME :

कुल वार्षिक आय

NA

(Attach Proof of Income)

(आय का साक्ष्य संलग्न)

NA

PAN No. स्थाई खाता संख्या

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

क्या आप आय कर राज है (जो मान्य हो उस पर सही का निशान लगाये)

Yes / No

हां / नहीं

✓

FAMILY DETAILS परिवार विवरण

| Sr. No.<br>क्रम संख्या | Name of Family Member<br>परिवार के सदस्यों का नाम | Age (Years)<br>उम्र (वर्ष) | Gender<br>लिंग | Relation with Applicant<br>आवेदक के साथ सम्बंध |
|------------------------|---------------------------------------------------|----------------------------|----------------|------------------------------------------------|
| 1                      | Lekhuaj                                           | 10                         | M              | Husband                                        |
| 2                      | Virendera                                         | 40                         | M              | Son                                            |
| 3                      | Sanjay                                            | 34                         | M              | Son                                            |
| 4                      | Sunil                                             | 36                         | M              | Son                                            |
| 5                      | Aceeratal                                         | 39                         | M              | Son                                            |

BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable)

सहायता के लिये विनति आधार

|                                                                                                             |                                                                                                                     |                                                                                            |                                              |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------|
| BPL Card<br>(Attach Card Copy)<br>गरीबी रेशन के नीचे प्रमाण पत्र<br>(प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें) | EWS Certificate<br>(Attach Certificate Copy)<br>अल्प आय वर्ग प्रमाण पत्र<br>(प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें) | Ration Card<br>(Attach Copy)<br>उपभोग्यता कार्ड<br>(प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें) | Any Other<br>Basis/Proof<br>अन्य कोई साक्ष्य |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------|

"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE:

सहायता हेतु किये गये विनती का उद्देश्य:

| Sr. No.<br>क्रम संख्या | Medical Reports/Prescriptions Attached<br>अस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई प्रतिवेदन सूची संलग्न |
|------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------|
|                        | RE - JMSC                                                                                    |
|                        | LE - JMSC                                                                                    |
|                        | Surgery - (RE) SICCS + IOL                                                                   |

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.<br>क्रम संख्या | NAME of OTHER SOURCE<br>अन्य स्रोत का नाम | AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILED<br>सी गई सहायता राशि |
|------------------------|-------------------------------------------|---------------------------------------------------------|
| 1                      | SCFH                                      |                                                         |

