

DEL-19-08-0230

**APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE**  
सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)  
(स्वास्थ्य देखभाल)

**Koshika**  
foundation  
Building block of life.

APPLICATION No.: DEL/0819/0010  
आवेदन संख्या:

APPLICATION DATE: 1st Aug 2019  
आवेदन तिथि

NAME of APPLICANT: Kalu Ram Sharma  
आवेदक का नाम

AGE-YEARS आयु-वर्ष

67

SEX लिंग

Male

FATHER'S/SPOUSE'S NAME: S/o Ram Ratan  
पिता/कटुम्ब का नाम

PRESENT RESIDENCE ADDRESS वर्तमान आवासीय पता

Wd - Nangal Post - Nangal

Dist - Baghat D.P

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS: स्थाई आवासीय पता



Pre op Post op  
(0010) Kalu Ram Sharma

OCCUPATION: Labour  
व्यवसाय

MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)

TOTAL ANNUAL INCOME: 15000/-  
कुल वार्षिक आय

(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 राजा हैं (को मान्य हो उस पर सही का निशान लगाए)

Yes / No  
हां / 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 सम्बंध
1.	Amit Kumar	45	male	Son
2.	Manoj Kumar	40	male	Son
3.	Sachin Kumar	25	male	Son

BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable)  
सहायता के लिये विधि 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) उपभोग्यता कार्ड (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें)	Any Other Basis/Proof अन्य कोई साक्ष्य

"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE:  
सहायता हेतु किसे एवं किसकी का उद्देश्य:

Medical Reports/Prescriptions Attached  
अस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई प्रतिवेदन सूची संलग्न

Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached अस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई प्रतिवेदन सूची संलग्न
	RE :- Senile Cataract
	LE :- Senile Cataract
	Surgery :- (LE) SICS + PUDL

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 लगे गई सहायता राशी

