

C12/09/0499

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE

सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)

(स्वास्थ्य देखभाल)



Koshika

foundation

Building block of life

APPLICATION No. :

आवेदन संख्या :

A/0919/0534

APPLICATION DATE :

आवेदन तिथि

12/09/19

NAME of APPLICANT :

आवेदक का नाम

Narendra Singh

AGE-YEARS आयु-वर्ष

66

SEX लिंग

M

FATHER'S/SPOUSE'S NAME :

पिता/पत्नी का नाम

Tara Singh

PRESENT RESIDENCE ADDRESS वर्तमान आवासीय पता

Village - Nagarkhewadi, Teh. - Laxmangarh

Dist. - Alwar, Rajasthan

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS : स्थायी आवासीय पता

as above



OCCUPATION :

व्यवसाय

Farmer

MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)

TOTAL ANNUAL INCOME :

कुल वार्षिक आय

50000/-

(Attach Proof of Income)

(आय का साक्ष्य संलग्न)

NA

PAN No. स्थायी खाता संख्या

NA

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

क्या आप आय कर दाता हैं (जो सत्य हो उस पर सही का निशान 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 सम्बन्ध
①	Bhuta Singh	40	m	Son
②	Sandeep	35	m	Son
③	gunmeet Singh	32	m	Son

BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable)

सहायता के लिये विनति आधार

BPL Card (Attach Card Copy) गरीबी रेशन कार्ड का प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र को साथ ही संलग्न करें)	EWS Certificate (Attach Certificate Copy) आयु वर्ग 10 तक का प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र को साथ ही संलग्न करें)	Ration Card (Attach Copy) उपभोग्यता कार्ड (प्रमाण पत्र को साथ ही संलग्न करें)	Any Other Basis/Proof अन्य कोई साक्ष्य
--	--	--	--

"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE:

सहायता हेतु लिखें किसे किसे का उद्देश्य:

Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached अस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई उल्लेखित सूची संलग्न
①	Diagnosis - RE - MSC LE - MSC
②	Surgery - LE - SICS + IOL

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 ले गई सहायता राशि
①	SCEH	

- 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 Koshika 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 spouse/employer/insurance company, of the amount for which this assistance is requested.

- AGREEMENT by APPLICANT (SUBJECT TO WUC)

- [illegible]

ॐ नमो भगवते वासुदेवाय

ये संघ का उद्देश्य है जो "असह्य अस्वर्ग" को जहाँ आकाश और पृथ्वी मिलते हैं। इसीलिए आकाश में होने से उड़ान शुरू की। हम जाने की ओर विद्यार्थी की एक समझ को बढ़ाते और "असह्य" को एक समझ में आता है। हम जानते हैं, यही हमारे

स्वीकृति के लिए संयुक्त

Dr. Dharm Singh
(OPHTHAL)

मध्य प्रदेश विधानसभा अधिवेशन अधिवर्ग

जनसंख्या ४५००००

पुनः प्रकाशितः ।

माहिती संपन्न 2