

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE
(Healthcare)

(स्वास्थ्य देखभाल)

Koshika
foundation
Building block of life

APPLICATION No. : (123/19) S/0919/2019 APPLICATION DATE : 3/9/19

NAME of APPLICANT : AGE-YEARS SEX
Raj Rami 65 F

FATHER'S/SPOUSE'S NAME : Late Vinod Chauhan

PRESENT RESIDENCE ADDRESS : 251-A Harewarah Gali Azadpur H Delhi

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS : As Above

OCCUPATION : Housewife MARRIED (निष्क्रिय) / UNMARRIED (अविवाहित)

TOTAL ANNUAL INCOME : Rs. 1.68 Lacs (Family Income) (Attach Proof of Income)

PAN No. : ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable): Yes (No)

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 अर्श्वरक के साथ सम्बन्ध
1	Dharmender	45	M	Son
2	Sanjay	40	M	Son

BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable)

DPL Card (Attach Card Copy) गरीबी रेखा के नीचे प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की प्रतिलिपि संलग्न करें)	EWS Certificate (Attach Certificate Copy) अल्प आय वर्ग प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की प्रतिलिपि संलग्न करें)	Ration Card (Attach Card Copy) उपभोक्ता कार्ड (प्रमाण पत्र की प्रतिलिपि संलग्न करें)	Any Other Basis/Proof अन्य कोई साक्ष्य
--	--	---	--

"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE:
सहायता हेतु किये गये विवरण का उद्देश्य:

Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached अस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई प्रतिवेदन सूची संलग्न
	Diagn: LE Cataract
	Surg: LE Phaco TOL

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 सी गई सहायता राशि

