

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE  
सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)  
(रोगात्मक देखभाल)

**Koshika**  
foundation  
Building block of life

APPLICATION No.: S/1019/253 (1724/19)  
आवेदन संख्या :

APPLICATION DATE: 14/10/19  
आवेदन तिथि

NAME of APPLICANT: MRS KESAR  
आवेदक का नाम

AGE-YEARS आयु-वर्ष: 60  
SEX लिंग: F

FATHER'S/SPOUSE'S NAME: Jai Ram  
पिता/हUSBAND का नाम

PRESENT RESIDENCE ADDRESS: कांफन आवासीय पता

A-136, Dwarka New Delhi

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS: स्थायी आवासीय पता

NA Alone



OCCUPATION: Housewife  
व्यवसाय

MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)

TOTAL ANNUAL INCOME: Rs. 1.44 Lacs (Family Income)  
कुल वार्षिक आय

(Attach Proof of Income)  
(आय का प्रमाण उत्पन्न)

PAN No. स्वयं छात्र संस्था

ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable):  
क्या आप आय कर दाता हैं (जो मान्य हो उस पर सही का निशान लगावे)

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 सम्बन्ध
<u>(1)</u>	<u>Jai Ram</u>	<u>60</u>	<u>M</u>	<u>Husband</u>
<u>(2)</u>	<u>Yogesh</u>	<u>35</u>	<u>M</u>	<u>Son</u>

BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable)  
सहायता के लिये विनति आधार

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

"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE:  
सहायता हेतु किसे गये विनती का उद्देश्य:

Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached अस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई प्रतिक्रिया सूची संलग्न
	<u>Diag:- RE Cataract</u>
	<u>Surg:- RE Phaco+IOL</u>

ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES  
इस उद्देश्य के हेतु कोई अन्य सहायता किसी अन्य स्रोत से प्राप्त क्या है?

Sr. No. क्रम संख्या	NAME of OTHER SOURCE अन्य स्रोत का नाम	AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILED कितना राशि सहायता प्राप्त
	<u>NA</u>	

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

(Healthcare)  
(स्वास्थ्य देखभाल)



APPLICATION No.: S/1019/253 (1724/19)  
आवेदन संख्या :

APPLICATION DATE: 14/10/19  
आवेदन तिथि

NAME of APPLICANT: MRS KESAR  
आवेदक का नाम

AGE-YEARS आयु-वर्ष  
60

SEX लिंग  
F

FATHER'S/SPOUSE'S NAME: Jai Ram  
पिता/हUSBAND का नाम

PRESENT RESIDENCE ADDRESS वर्तमान आवासीय पता

A-136, Dwali New Delhi

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS स्थाई आवासीय पता

Hi Above



OCCUPATION: Housewife  
व्यवसाय

MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)

TOTAL ANNUAL INCOME: Rs. 1.44 Lacs (Family Income)  
कुल वार्षिक आय

(Attach Proof of Income)  
(आय का प्रमाण उत्पन्न)

PAN No. स्थाई छल्ल संख्या

ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable):  
क्या आप आय कर दाता हैं (जो मान्य हो उस पर सही का चिह्न लगाएं)

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
<u>1</u>	<u>Jai Ram</u>	<u>60</u>	<u>M</u>	<u>Husband</u>
<u>2</u>	<u>Yogesh</u>	<u>35</u>	<u>M</u>	<u>Son</u>

BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable)  
सहायता के लिये विधि आधार

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

"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE:  
सहायता हेतु किसे गये विचारों का उद्देश्य:

Gr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached अस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई प्रतिवेदन सूची संलग्न
	<u>Diag:- RE Cataract</u>
	<u>Suri:- RE PHACO IOL</u>

ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES  
इस उद्देश्य के हेतु कोई अन्य सहायता किसी अन्य स्रोत से प्राप्त क्या हो?

Sr. No. क्रम संख्या	NAME of OTHER SOURCE अन्य स्रोत का नाम	AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILED कौन सा सहायता राशी
	<u>NIL</u>	