

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE

सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)

(स्वास्थ्य देखभाल)



Koshika
foundation
Building block of life.

APPLICATION No. :

आवेदन संख्या :

DL/0220/007L

APPLICATION DATE :

आवेदन तिथि

24/11/2020

NAME of APPLICANT :

आवेदक का नाम

Ram Narayan Rai

AGE-YEARS आयु-वर्ष

SEX लिंग

70

M

FATHER'S/SPOUSE'S NAME :

पिता/पत्नी का नाम

Bhureshwar Rai

PRESENT RESIDENCE ADDRESS वर्तमान आवासीय पता

Post-Khandasicha, Kanjia, Buxal, Bahabai, 21/ba

802126

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS : स्थायी आवासीय पता

Same as above



Recop Postop
(007L)
Ram Narayan Rai

OCCUPATION :

व्यवसाय

Unemployed

MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)

TOTAL ANNUAL INCOME :

कुल वार्षिक आय

NA

(Attach Proof of Income)

(आय का प्रमाण संलग्न)

NA

PAN No. स्थायी खाता संख्या

NA

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

क्या आप आय कर दाता हैं (को मान्य हो उस पर सही का निशान लगावे)

Yes / No

हाँ / 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	Vijay Narayan	48	M	Son
2	Sambhu Narayan	45	M	Son
3	Charada Narayan	40	M	Son
4	Vijay Narayan	38	M	Son

BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable)

सहायता के लिये विधि आधार

BPL Card (Attach Card Copy) पीबीई कार्ड के साथ प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें)	EWS Certificate (Attach Certificate Copy) आय 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 सबूत
---	---	--	---

"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE:

सहायता हेतु किसे नये निशानों का उद्देश्य:

Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached अस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई प्रतिवेदन सूची संलग्न
	RE: failed PK
	LE: Corneal Scar
	Surgery: RE-PK

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
1	SCCH	

