


VRN-C-20-09-0040

| APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE (Healthcare) | | सहायता हेतु आवेदन प्रारूप (स्वास्थ्य देखभाल) | | Koshika Foundation Bridging the Gaps | |
|---|--|---|----------------|---|--|
| APPLICATION NO. आवेदन संख्या: V/0220/1161 | | APPLICATION DATE आवेदन तिथि: 10.09.20 | |  | |
| NAME of APPLICANT आवेदक का नाम: Vimala | | AGE-YEARS आयु-वर्ष: 70 | SEX लिंग: F | | |
| FATHER/SPOUSE'S NAME पिता/सहोदर का नाम: Munshi Lal | | PRESENT RESIDENCE ADDRESS वर्तमान आवासीय पता: Panch Nagar, Khatipur | | Photo (Front view) Photo (Profile view) (1160) Vimala | |
| | | Munyan, Distt- Hathras, U.P. 204213 | | | |
| | | PERMANENT RESIDENCE ADDRESS स्थाय आवासीय पता: Same as Above | | | |
| OCCUPATION व्यवसाय: Home Maker | | MARRIAGE STATUS (विवरण): UNMARRIED (अविवाहित) | | | |
| TOTAL ANNUAL INCOME कुल वार्षिक आय: 3000/- | | ATTACH PROOF OF INCOME (आय का साक्ष्य प्रस्तुत करें): NA | | | |
| PAN No. क्या है (यदि जानें): | | | | | |
| ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable) क्या आप आय कर दाता हैं (जो मान्य हो उसमें कहीं का निशान लगाएं) | | 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 सम्बन्ध | |
| 1. | Rameshwar | 72 | M | Husband | |
| 2. | Harith | 50 | M | Son | |
| 3. | Shivkumar | 48 | M | Son | |
| 4. | Vibek | 45 | M | Son | |
| 5. | Santoshi | 42 | F | Daughter in law | |
| 6. | Mahinabai | 22 | M | Grand Son | |
| BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable) सहायता के लिये विधि आधार | | | | | |
| BPL Card (Attach Card Copy) गरीबों के रेशा के चोपे प्रमाण पत्र (अनुप 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) उपभोगिका कार्ड (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें) | |
| Any Other Basis/Proof अन्य कोई साक्ष्य | | | | | |
| "PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE सहायता हेतु किसे क्या बिना का उद्देश्य: | | | | | |
| Sr. No. क्रम संख्या | Medical Reports/Prescriptions Attached अस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई प्रतिबन्ध सुनो संलग्न | | | | |
| | RE - JM SC | | | | |
| | LE - JM SC | | | | |
| | Surgery - NO SURGICAL | | | | |
| 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 कौन कौन सहायता राशी | | | |
| 1. | SCEN | | | | |

