



# राहत निवेदन फार्म

ईमरजेंसी राहत कोष-कुलश्रेष्ठ, A New Jersey USA Non-Profit Corporation

Tax Exempt under 501(c)(3) of the IRS Code. Tax Exempt ID # 45-3841302

530 Lakehurst Rd, Browns Mills, NJ 08015 www.Kulfund.org +1(609) 502-4887 usatma@hotmail.com

आवेदक का नाम:			
आवेदक का पता:			
फोन नंबर/ ईमेल:			
आवेदक की जन्मतिथि:		आश्रित परिवारजनों की संख्या:	
माता-पिता का नाम:			
पति या पत्नी का नाम:			
मासिक आय:			
आय का साधन:			

राहत आवेदन का कारण: (कृपया अतिरिक्त पन्नों का प्रयोग करके संलग्न करें)			
सहायक डॉक्युमेंट: (जैसे पेंशन के कागज़, बैंक स्टेटमेंट, फोटो या कोई भी सहायक पत्र) केवल ज़िरोक्स कॉपी ही लगाएँ			
आवेदित राशि:		सहायता की अवधि:	
क्या तुरंत आवश्यकता है: हाँ / नहीं		सहायता के आरंभ की तिथि:	

बैंक का नाम:	
बैंक का पता और फोन नंबर:	
बैंक का IBAN (रूटिंग नंबर):	
खाता धारी का / के नाम:	
खाता नंबर:	

आवेदक के हस्ताक्षर:	
हस्ताक्षर की तिथि:	
सहायक / निरीक्षक के हस्ताक्षर: (कृपया अपना नाम, फोन नंबर, अपने संगठन का नाम और अपने विचार साफ शब्दों में लिखें)	