

SRE-C-25-04-1451

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE (Healthcare)		Koshika foundation Building block of life.		
APPLICATION No.: S10525/0119 आवेदन संख्या:		APPLICATION DATE: 17-5-2025 आवेदन तिथि:		
NAME of APPLICANT: Mrs. Hamida आवेदक का नाम:		AGE-YEARS आयु-वर्ष: 61	SEX लिंग: F	
FATHER'S/SPOUSE'S NAME: Late Mr. Akhtar पिता/कटुम्भ का नाम:		 PASTE PHOTO HERE Pre op Post op Hamida (0119)		
PRESENT RESIDENCE ADDRESS: गृहस्थ आवासीय पता gash. moolhalka, Koshalka, Sabakdarpur, Uttar Pradesh - 247121				
PERMANENT RESIDENCE ADDRESS: स्थाई आवासीय पता Same as above				
OCCUPATION: Home Maker व्यवसाय:				MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)
TOTAL ANNUAL INCOME: 46,000 (Family Income) कुल वार्षिक आय:		Attach Proof of Income (आय का साक्ष्य संलग्न): NA		
PAN No. संख्या: NA				
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 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 संबंध
(1)	Mrs. Hanif	42	F	Son
(2)	Kuldeepa	39	F	Daughter-in-law
(3)	Ashraf	36	M	Grand son
(4)	Ajmal	32	M	Grand son
BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable) सहायता के लिये विनती आधार				
BPL Card (Attach Card Copy) बीपी 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) उपभोक्ता कार्ड (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें)
Any Other Basis/Proof अन्य कोई साक्ष्य				
"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE: सहायता हेतु किये गये विनती का उद्देश्य:				
Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached अस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई प्रतिवेदन सूची संलग्न			
	Diagnosis - RE - senile Cataract LE - senile Cataract			
	Surgery - LE - SICS with PMMA			
ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES इस उद्देश्य के हेतु कोई अन्य सहायता किसी अन्य स्रोत से लिया गया हो?				
Sr. No. क्रम संख्या	NAME of OTHER SOURCE अन्य स्रोत का नाम		AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILED सी गई सहायता राशी	

