

SRE-C-25-10-0892

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE सहायता हेतु आवेदन प्रारूप		(Healthcare) (स्वास्थ्य देखभाल)	 Koshika Foundation Building block of life.	
APPLICATION No.: आवेदन संख्या :	S/1025/0591	APPLICATION DATE: आवेदन तिथि	14-10-25	
NAME of APPLICANT: आवेदक का नाम	Mrs. Malikha	AGE-YEARS जायु-वर्ष	54	SEX लिंग F
FATHER'S/SPOUSE'S NAME: पिता/कटुम का नाम	Mr. SALIM	 PASTE PHOTO HERE Pse of Postop Malikha (0591)		
PRESENT RESIDENCE ADDRESS वर्तमान आवासीय पता				
MAKAN NO- 391, DEKAS NAGAR ROAD, BLOCK SAHODI, KANUN, Alabadi, Saharanpur, Uttar Pradesh-247151				
PERMANENT RESIDENCE ADDRESS : स्थाय आवासीय पता same as above				
OCCUPATION : व्यवसाय	Home Maker	MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)		
TOTAL ANNUAL INCOME : कुल वार्षिक आय	52,000 (Family Income)	(Attach Proof of Income) (आय का साक्ष्य संलग्न) NA		
PAN No. स्थान का संख्या	NA			
ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable): क्या आप आय कर दाखल हैं (जो मान्य हो उस पर सही का निशान लगाएं)		Yes / No हाँ / <input checked="" type="checkbox"/>		
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)	Zubeen	36	M	son
(2)	Shamoz	39	F	Daughter in Law
(3)	Arzum	17	M	Grand Son
BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable) सहायता के लिये कितनी आधार				
BPL Card (Attach Card Copy) गरीबी रेशः 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) उपभोजन कार्ड (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें)	Any Other Basis/Proof अन्य कोई साक्ष्य	
"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE: सहायता हेतु किये गये निम्नी 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 - PHACO 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 लगे गई सहायता राशी		

