


SRE - C - 25 - 19 - 0645

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE सहायता हेतु आवेदन प्रारूप		(Healthcare) (स्वास्थ्य देखभाल)		Koshika foundation Building block of life.	
APPLICATION No. : आवेदन संख्या : S/1225/0741		APPLICATION DATE : आवेदन तिथि 10-12-25		 PASTE PHOTO HERE Pure op postop Mrs. AAMNA (0741)	
NAME of APPLICANT : आवेदक का नाम Mrs. AAMNA		AGE-YEARS आयु-वर्ष 53	SEX लिंग F		
FATHER'S/SPOUSE'S NAME : पिता/कटुम्ब का नाम Mr. Mohd Tisha		PRESENT RESIDENCE ADDRESS वास्तव्य-आवासीय पता Street Road/Lane, THIMPOOR SHAH, Landmark - MORNING PARK, Village - Town / City, Shamli, District, Shamli, PIN: Shamli Uttar Pradesh 247776			
		PERMANENT RESIDENCE ADDRESS : स्थायी आवासीय पता Same as above			
OCCUPATION : व्यवसाय Home Maker		MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)			
TOTAL ANNUAL INCOME : कुल वार्षिक आय 47,000 (Family Income)		(Attach Proof of Income) (आय का सक्षम संलग्न) NA			
PAN No. स्वयं खाता संख्या NA		ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable): क्या आप आय कर पला है (जो मान्य हो उस पर सही का निशान लगाये।) 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)	Ramji	37	M	Son	
(2)	Rashid	35	M	Son	
(3)	Ahsan	32	F	Daughter in-law	
(4)	Infant	36	M	Grand Son	
BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable) सहायता के लिये विनती आधार					
BPL Card (Attach Card Copy) गरीबी रखा 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) उपभोज्यता 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 - RE - STCS with PMMA				
ASSISTANCE BEING AWAILED 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 AWAILED कौी गई सहायता राशी			

