

SRE-C-25-01-0735

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE (Healthcare)		Koshika foundation Building block of life		
APPLICATION No.: S10125/0812		APPLICATION DATE: 14-1-2025		
NAME OF APPLICANT: Mrs. Komal Devi		AGE-YEARS: 68	SEX: F	
FATHER'S/SPOUSE'S NAME: Late Mr. Bharampal		 PASTE PHOTO HERE Pre op Post op Komal Devi (0812)		
PRESENT RESIDENCE ADDRESS: Kathdi, Kathdi Bahadarpur, Kailuwal, Jahanpur, Sahasrampur, Dahanu, Pithadash - 247139				
PERMANENT RESIDENCE ADDRESS: Same as above				
OCCUPATION: Home Maker				
TOTAL ANNUAL INCOME: 50,000 (Family Income)		MARRIED (निहित) / UNMARRIED (अविवाहित)		
PAN No. NA		Attach Proof of Income (आप का आय प्रमाण): NA		
ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable): Yes / No				
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	Rajendra	39	M	Son
2	Rajendra	35	M	Son
3	Sushma	37	F	Daughter in law
4	Sahni	32	F	Daughter in law
5	Nandu	15	M	Grand Son
6	Mukul	10	M	Grand Son
BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable) सहायता के लिए विधि आधार				
BPL Card (Attach Card Copy) गरीबी रेशू के साथ 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) व्ययपत्रिका कार्ड (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें)	Any Other Basis/Proof अन्य कोई प्रमाण	
"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE: सहायता हेतु किसे गये विधियों का उद्देश्य:				
Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached अस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई प्रतिवेदन सूची संलग्न			
Diagnosis - RE - Senior Cataract LE - Senior Cataract Surgery - RE - 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 है?				
Sr. No. क्रम संख्या	NAME of OTHER SOURCE अन्य स्रोत का नाम	AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILED तौ गई सहायता राशी		

