

SRE-C-25-01-0852

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE

सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)

(स्वास्थ्य देखभाल)

Koshika
Foundation

Building block of life

APPLICATION No.:

आवेदन संख्या

S/0125/0822

APPLICATION DATE:

आवेदन तिथि

16-1-2025

NAME of APPLICANT:

आवेदक का नाम

Mrs. Kamlesh

AGE-YEARS आयु-वर्ष

62

SEX लिंग

F

FATHER/SPOUSE'S NAME:

पिता/पति का नाम

Late Mrs. Sukhpal

PRESENT RESIDENCE ADDRESS: वर्तमान निवासीय पता

House No. 19, Gali - Salani, Salani,
Saharanpur, Saharanpur, Distt. P. Badli,
147532

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS: स्थायी निवासीय पता

Same as above



PASTE PHOTO HERE

Pre op Post op
Kamlesh
(0822)

OCCUPATION:

व्यवसाय

Home Maker

MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)

TOTAL ANNUAL INCOME:

कुल वार्षिक आय

50,000 (family Income)

(Attach Proof of Income)

(आय का साक्ष्य प्रस्तुत करें)

N/A

PAN No. जारी प्राप्त करना

N/A

ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable):

क्या आप आय का दाता हैं (जो वास्तव में उस पर कर भरने का विधान लागू है)

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)	Bhabhabhi	55	M	Son
(2)	Sapna	21	F	Daughter in law
(3)	Prakash	21	M	Grand Son
(4)	Ayush	05	M	Grand Son

BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable)

सहायता के लिए निम्न विकल्प

RPL Card (Attach Cert. Copy) गरीबी रक्षा के नीचे आता हूँ (आगत पर कोई प्रमाण प्रस्तुत करें)	EWS Certificate (Attach Certificate Copy) आगत आय वर्ग आता हूँ (प्रमाण पर कोई प्रमाण प्रस्तुत करें)	Ration Card (Attach Copy) आपूर्ति कार्ड (प्रमाण पर कोई प्रमाण प्रस्तुत करें)	Any Other Basis/Proof अन्य कोई साक्ष्य
---	---	---	--

"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE:

सहायता हेतु किसे यह फंडों का उपयोग:

Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached रिपोर्ट/डॉक्टर से जारी की गई प्रमाणित सूची संलग्न
	Diagnosis - RE - Senior Cataract LE - Senior Cataract
	Surgery - RE - PHACO WITH PMMA

ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES

इस उद्देश्य के हेतु कोई अन्य सहायता किसी अन्य स्रोत से लीया गया है?

Sr. No. क्रम संख्या	NAME of OTHER SOURCE अन्य स्रोत का नाम	AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILED तो गई सहायता राशि

