

SRE-C-25-01-0895

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE

सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)

(स्वास्थ्य देखभाल)

Koshika
Foundation

Building block of life

PASTE PHOTO HERE

Paste of Photo of
Sunita
(0023)

APPLICATION No. : (आवेदन संख्या) :	S/0125/0023	APPLICATION DATE : (आवेदन तिथि)	17-1-2025
NAME of APPLICANT : (आवेदक का नाम)	Mrs. Sunita	AGE-YEARS (आयु-वर्ष)	44
FATHER'S/SPOUSE'S NAME : (पिता/सहोदर का नाम)	Mr. Shant	SEX (लिंग)	F
PRESENT RESIDENCE ADDRESS (वर्तमान आवासीय पता) Mant Mant, Shanti, Banabharwan, Muzaffarpur, Bihar, India			
PERMANENT RESIDENCE ADDRESS (स्थायी आवासीय पता) Same as above			

OCCUPATION : (व्यवसाय)	Mom Maker	MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)	
TOTAL ANNUAL INCOME : (कुल वार्षिक आय)	48,000 (Family Income)	(Attach Proof of Income) (आय का साक्ष्य संलग्न करें)	NA
PAN No. (आय कर पहचान संख्या)	NA		
ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable) (क्या आप आय कर देता है (जो मान्य हो उस पर सही का निशान लगाएं))		Yes / No (हां / 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	Shant	50	M	Husband
2	Subham	28	M	Son
3	Adarsh	23	M	Son

BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable)

सहायता के लिए किसी आधार

BPL Card (Attach Card Copy) (आवेदक को मिले प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की प्रतिलिपि संलग्न करें))	EWS Certificate (Attach Certificate Copy) (आवेदक को मिले प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की प्रतिलिपि संलग्न करें))	Ration Card (Attach Copy) (आवेदक को मिले प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की प्रतिलिपि संलग्न करें))	Any Other Basis/Proof (अन्य कोई साक्ष्य)
---	---	---	--

"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE:

सहायता हेतु किसी एक दिशारी का उद्देश्य:

Sr. No. (क्रम संख्या)	Medical Reports/Prescriptions Attached (रोग निदान/दवाखाने से जारी की गई प्रतिवेदन सूची संलग्न करें)
	Diagnosis - RE - Senior Cataract LE - Senior Cataract Surgery - RE - SICS with PMMA

ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES

इस उद्देश्य के लिए कोई अन्य सहायता किसी अन्य स्रोत से प्राप्त हुई है?

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

