

SRE-C-25-01-0949

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE (Healthcare)		Koshika Foundation Building block of life		
APPLICATION No. / आवेदन संख्या : S/0125/0029		APPLICATION DATE / आवेदन तिथि : 18-1-2025		
NAME of APPLICANT / आवेदक का नाम : Mr. Shattar		AGE-YEARS आयु-वर्ष : 67	SEX लिंग : M	
FATHER'S/SPOUSE'S NAME / पिता/सहस्र का नाम : Late Mr. Sadik		 PASTE PHOTO HERE Pse of Post of Shattar (0029)		
PRESENT RESIDENCE ADDRESS / वर्तमान आवास का पता : Village - Sundolipali, Post Office - Sundolipali, Chutmalpali, Sahabianpali, Chutmalpali, Uttar Pradesh, 247662				
PERMANENT RESIDENCE ADDRESS / स्थायी आवास का पता : Same as above				
OCCUPATION / व्यवसाय : Labour				
TOTAL ANNUAL INCOME / वार्षिक आय : 48,000		(Attach Proof of Income) / आय का साक्ष्य संलग्न : NA		
PAN No. / पैन संख्या : NA		(MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित))		
ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable) / क्या आप आय का कर देते हैं (जो मानें हो उस पर तिकी का चिह्न लगाएं) : 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	Usman	47	M	Son
2	Fahim	33	M	Son
3	Fahima	34	F	Daughter in law
4	Mahd. Ali	79	M	Grand son
5	Mahd. Rafi	75	M	Grand son
BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable) / सहायता के लिए विनियम आधार				
BPL Card (Attach Card Copy) / पीबी कार्ड की प्रतिलिपि संलग्न करें		EWS Certificate (Attach Certificate Copy) / आय का प्रमाण पत्र (आय पर की जाय प्रति संलग्न करें)		Ration Card (Attach Copy) / राशन कार्ड (प्रमाण पत्र की जाय प्रति संलग्न करें)
Any Other Basis/Proof / अन्य कोई साक्ष्य				
"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE / सहायता हेतु किए गए निम्नी का उद्देश्य				
Sr. No. / क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached / अस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई प्रमाणित सूची संलग्न			
	Diagnosis - RE - Senior Cataract			
	LE - Senior 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 मिली/प्राप्त हो?				
Sr. No. / क्रम संख्या	NAME of OTHER SOURCE / अन्य स्रोत का नाम	AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILED / जो यह सहायता रही		

