

SRE-C-25-01-1110

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE

सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)

(स्वास्थ्य देखभाल)



Koshika
Foundation
Building Schools of Life

APPLICATION No.:

आवेदन संख्या:

S/0125/0840

APPLICATION DATE: 22-1-2025

आवेदन तिथि

NAME of APPLICANT:

आवेदन करने वाले का नाम

Mrs. Nanti

AGE-YEARS आयु-वर्ष

71

SEX लिंग

F

FATHER/SPOUSE'S NAME:

पिता/सहोदर का नाम

Late Mr. Rampal

PRESENT RESIDENCE ADDRESS वर्तमान निवासी का

Sahauli Bunchandpur Rampur Seepand
Saharanpur Uttar Pradesh 247451

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS स्थायी आवासीय पता

Same as above



PASTE PHOTO HERE

Pre op post op
Nanti (0840)

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 संलग्न करें)

NA

PAN No. (यदि उपलब्ध हो)

NA

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

क्या आप आय कर का दाता हैं (जो लागू हो उसे या नहीं का चिह्न लगाएं)

Yes / No

है / नहीं

FAMILY DETAILS (गैरर विवरण)

Sl. No. क्रम संख्या	Name of Family Member परिवार के सदस्यों का नाम	Age (Years) उम्र (वर्ष)	Gender लिंग	Relation with Applicant आवेदन करने वाले का संबंध
1	Ashok	52	M	Son
2	Rishi	44	M	Son
3	Manita	50	F	Daughter in law
4	Rishi	42	F	Daughter in law
5	Rahul	29	M	Youngest Son
6	Himut	26	M	Grand Son

BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable)

सहायता के लिये विवरी आधार

BPL Card

(Attach Card Copy)

(अनिवार्य रूप से जोड़ें)

(यदि उपलब्ध हो तो संलग्न करें)

EWS Certificate

(Attach Certificate Copy)

(अनुसूचित वर्ग के लाभार्थी के लिए)

(यदि उपलब्ध हो तो संलग्न करें)

Ration Card

(Attach Copy)

(आवश्यकता पड़ने पर)

(यदि उपलब्ध हो तो संलग्न करें)

Any Other

Basis/Proof

अन्य कोई आधार

"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE

सहायता हेतु निम्न निम्न विवरी का उद्देश्य:

Sl. No.

क्रम संख्या

Medical Reports/Prescriptions Attached

आयुर्वेद/प्रीस्क्रिप्शन से संबंधित सभी डॉक्टरों के रिपोर्ट संलग्न

Diagnosis - RE - Senile Cataract

LE - Senile 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 मिली या नहीं

Sl. No.

क्रम संख्या

NAME of OTHER SOURCE

अन्य स्रोत का नाम

AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILED

सी. य. सहायता राशि

