


SRE - C - 26 - 02 - 1082

| APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE सहायता हेतु आवेदन प्रारूप | | (Healthcare) (स्वास्थ्य देखभाल) | Koshika Foundation Building No. 10/116 | |
|---|--|---|--|---|
| APPLICATION No. : आवेदन क्रमांक : S/0226/0925 | | APPLICATION DATE आवेदन दिनांक 14/02/26 | | |
| NAME of APPLICANT : आवेदक का नाम Mrs. Khurshida | | AGE-YEARS आयु-वर्ष 69 | SEX लिंग F | |
| FATHER'S/SPOUSE'S NAME : पिता/सहोदर का नाम Late Mr. Sabbir | |  | | |
| PRESENT RESIDENCE ADDRESS : वर्तमान निवास का पता V-P-0 Kambah Mazra, Rasoolpur, Behat, Saharanpur, Uttar Pradesh. 247197 | | | | |
| PERMANENT RESIDENCE ADDRESS : स्थायी निवास का पता Same as above | | PASTE PHOTO HERE Poo op postop Mrs Khurshida (0925) | | |
| OCCUPATION : व्यवसाय Home Maker | | MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित) <input checked="" type="checkbox"/> MARRIED | | |
| TOTAL ANNUAL INCOME : कुल वार्षिक आय 49,000 (Family Income) | | (Attach Proof of Income) (आय का सबूत संलग्न) NA | | |
| PAN No. : आय कर पहचान संख्या NA | | | | |
| ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable): क्या आप आय कर दाता हैं (को सही ढंग पर चिह्नित करें) | | Yes / No हां / नहीं <input checked="" type="checkbox"/> | | |
| FAMILY DETAILS परिवार विवरण | | | | |
| Sr. No. क्रम संख्या | Name of Family Member परिवार के सदस्य का नाम | Age (Years) उम्र (वर्ष) | Gender लिंग | Relation with Applicant आवेदक से संबंध |
| (1) | Yamin | 36 | M | Son |
| (2) | Imjan | 32 | M | Son |
| (3) | Rubhan | 29 | F | Daughter in law |
| (4) | Imjan | 19 | M | Widow Son |
| BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable) सहायता के लिये विचार आधार | | | | |
| BPL Card (Attach Card Copy) परिशील पत्र का पीछे प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की प्रतियाँ प्रति संलग्न करें) | | BWS Certificate (Attach Certificate Copy) अल्प आय वर्ग प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की प्रतियाँ प्रति संलग्न करें) | | Ration Card (Attach Copy) अन्नपूर्णा कार्ड (प्रमाण पत्र की प्रतियाँ प्रति संलग्न करें) |
| Any Other Basis/Proof किसी और आधार | | | | |
| "PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE: सहायता हेतु किये गये विचार का उद्देश्य | | | | |
| Sr. No. क्रम संख्या | Medical Reports/Prescriptions Attached अस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई डॉक्टरों की सूची संलग्न | | | |
| | Diagnosis - RE - senile cataract LE - senile cataract | | | |
| | Surgery - RE - SICS with PMMA | | | |
| ASSISTANCE BEING AVAILD for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCE क्या उद्देश्य के लिए कोई अन्य सहायता किसी अन्य स्रोत से प्राप्त होगी? | | | | |
| Sr. No. क्रम संख्या | NAME of OTHER SOURCE किसी अन्य स्रोत का नाम | AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILD की गई सहायता का राशि | | |
| | | | | |

