


SRE - C - 26 - 07 - 1652

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE सहायता हेतु आवेदन प्रारूप		(Healthcare) (स्वास्थ्य देखभाल)		 Koshika Foundation Building Block of Life	
APPLICATION No. / आवेदन संख्या : S10226/0953		APPLICATION DATE / आवेदन तिथि : 27/02/26			
NAME of APPLICANT / आवेदक का नाम : Mrs. Sabhila		AGE-YEARS / उम्र-वर्ष : 50	SEX / लिंग : F		
FATHER'S/SPOUSE'S NAME / पिता/ससुरा का नाम : Mr. Mohd Mukim					
PRESENT RESIDENCE ADDRESS / वर्तमान निवास का पता : House No. Subhi Khuda, Lakhnau, Saharanpur, Lakhnau, Uttar Pradesh, 247554					
PERMANENT RESIDENCE ADDRESS / स्थायी निवास का पता : same as above					
OCCUPATION / व्यवसाय : Home Maker				MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित) : <input checked="" type="checkbox"/> / <input type="checkbox"/>	
TOTAL ANNUAL INCOME / कुल वार्षिक आय : 48,000 (Family Income)				(Attach Proof of Income) / (आय का प्रमाण प्रस्तुत 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 लागू हो उस पर सही का चिह्न लगाएं) : Yes / No / हाँ / नहीं / <input checked="" type="checkbox"/> / <input 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 के साथ संबंध	
(1)	Tarlan	08	M	Son	
(2)	Abdulaha	35	M	Son	
(3)	Rashma	32	F	Daughter in-law	
(4)	Kusana	38	F	Daughter in-law	
(5)	Rizam	38	M	Grand Son	
(6)	Ibrahim	38	M	Grand Son	
BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable) सहायता के लिए विनियम आधार					
BPL Card (Attach Card Copy) / पीपीएल कार्ड (कार्ड का प्रमाण प्रस्तुत करें)		BWS Certificate (Attach Certificate Copy) / बीएस प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की प्रमाण प्रस्तुत करें)		Ration Card (Attach Copy) / राशन कार्ड (कार्ड का प्रमाण प्रस्तुत करें)	
Any Other Basis/Proof / अन्य कोई प्रमाण					
"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE / सहायता हेतु लिखें अपने विनियम का उद्देश्य					
Sr. No. / क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached / स्वास्थ्य-रिपोर्ट/प्रातिबंधन प्रमाण प्रस्तुत करें				
	Diagnosis - RE - senile cataract LE - senile cataract				
	Surgery - LE - SICS with PMMA				
ASSISTANCE BEING AWARDED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES इस उद्देश्य के हेतु कोई अन्य सहायता किसी अन्य स्रोत से लिया गया है?					
Sr. No. / क्रम संख्या	NAME of OTHER SOURCE / अन्य स्रोत का नाम			AMOUNT of ASSISTANCE BEING AWARDED / जो यह सहायता है	



Paste photo here
 Mrs. Sabhila
 (0953)

