

Mom-1-23-01-0308

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE (Healthcare)		(स्वास्थ्य हेतु सहायता)		
APPLICATION No.: <u>M/0123/0015</u>		APPLICATION DATE: <u>08/07/23</u>		
NAME of APPLICANT: <u>Nigamtulla</u>		AGE-YEARS: <u>63</u>	SEX: <u>M</u>	
FATHER'S/POUSE'S NAME: <u>Salamtulla Kha</u>				
PRESENT RESIDENCE ADDRESS: <u>MAHAMMADPUR - POST - MAHAMMADPUR</u>				
PERMANENT RESIDENCE ADDRESS: <u>Same as above</u>				
OCCUPATION: <u>FARMER</u>		<input checked="" type="checkbox"/> MARRIED (विवाहित) / <input type="checkbox"/> UNMARRIED (अविवाहित)		
TOTAL ANNUAL INCOME: <u>46000/-</u>		(Attach Proof of Income) (आय का साक्ष्य प्रमाण)		
PAN No. <u>XXXXXX</u>				
ARE YOU AN INCOME TAX ASSEESSEE (Tick whichever is applicable): आप आय कर का दाता हैं (जो मान्य हो उस पर तिक चिह्न लगायें)				
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 सम्बन्ध
1	Mohd. Atimma	39	M	Son
2	Nousheen KHA	30	F	Son
3	Tausheen KHA	29	F	Son
4	Afsan KHA	27	M	Son
5	Tausheer KHA	25	M	Son
6	Asha KHA	22	F	Son
7	Asatseer KH	20	M	Son
BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable) सहायता के लिये विनति आधार				
<input type="checkbox"/> BPL Card (Attach Card Copy) गरीबी रेशा के तहत प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की कृपा प्रति संलग्न करें)		<input type="checkbox"/> EWS Certificate (Attach Certificate Copy) अल्प आय वर्ग प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की कृपा प्रति संलग्न करें)		<input checked="" type="checkbox"/> Ration Card (Attach Copy) उपभोग्यता कार्ड (प्रमाण पत्र की कृपा प्रति संलग्न करें)
<input type="checkbox"/> Any Other Basis/Proof अन्य कोई साक्ष्य				
"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE: सहायता हेतु किसे गये विनती का उद्देश्य:				
Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached अस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई प्रविष्टि/पुनरी क्लेम			
1.	<u>RTS with Phaco Camp</u>			
2.	<u>Diagnosis - RC - Senile Cataract</u>			
	<u>TC - Senile Cataract</u>			
ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES इस उद्देश्य के हेतु कोई अन्य सहायता किसी अन्य स्रोत से लिय गया है?				
Sr. No. क्रम संख्या	NAME of OTHER SOURCE अन्य स्रोत का नाम	AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILED लेई गई सहायता राशि		
1.	<u>DACS</u>	<u>2,000/-</u>		

Koshika
foundation

Building block of life.



PASTE PHOTO HERE

Group - Post OP

