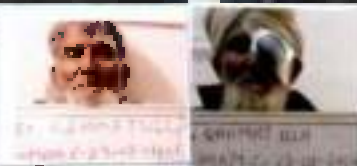


MOM-C-23.01.0406

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE (Healthcare)		(स्वास्थ्य देखभाल)		
APPLICATION No.: <u>M/0123/0022</u> आवेदन संख्या :		APPLICATION DATE: <u>05/07/23</u> आवेदन तिथि		
NAME of APPLICANT: <u>Rohanshulla</u> आवेदक का नाम		AGE-YEARS आयु-वर्ष <u>69</u>	SEX लिंग <u>M</u>	
FATHER'S/SPOUSE'S NAME: <u>Chhotu Kaur</u> पिता/पत्नी का नाम				
PRESENT RESIDENCE ADDRESS वर्तमान आवासीय पता <u>Gadhayong, Village - Mahipura, Taluk - Gadh - Ludhiana Dist.</u> <u>UP. 162002</u>				
PERMANENT RESIDENCE ADDRESS: स्थाई आवासीय पता <u>as above</u>				
OCCUPATION: <u>Farmer</u> व्यवसाय		☒ MARKED (विवाहित) / ☐ UNMARRIED (नविवाहित)		
TOTAL ANNUAL INCOME: <u>25,000/-</u> कुल वार्षिक आय		(Attach Proof of Income) (आप का सक्षम प्रमाण)		
PAN No. स्थाई पत्र संख्या				
ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable): क्या आप आय कर देता है (जो नाम हो उस पर चिह्न डालें)।				
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	Rohanshulla	35	M	Son
2	Zacharya	32	F	Daughter
3	Shakir Singh	30	F	Daughter
4	Mahesh Ali	28	M	Son
5	Mahesh Ali	26	M	Son
BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable) सहायता के लिए विनोद आधार				
☐ IFL Card (Attach Card Copy) सीआई कार्ड के साथ प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें)		☐ EWS Certificate (Attach Certificate Copy) अल्प आय वर्ग प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें)		☒ Ration Card (Attach Copy) उपभोग्य कार्ड (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें)
☐ Any Other Basic/Proof अन्य कोई प्रमाण				
"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE: सहायता हेतु विनोद गये विनोद का उद्देश्य:				
Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached वैद्यकीय/प्रीस्क्रिप्शंस जोड़ी गई प्रतिवेदन सूची संलग्न			
1.	Diagnosis - RE - Right Cataract LE - Simple Cataract			
2.	Left eye - IICs with Imanu Camp			
ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES इस उद्देश्य के हेतु कोई अन्य सहायता कितने अन्य स्रोत से लिया गया है?				
Sr. No. क्रम संख्या	NAME of OTHER SOURCE अन्य स्रोत का नाम		AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILED हो गई सहायता राशि	
1.	ISBS		2000/-	

Koshika
foundation
Building block of life.



PASTE PHOTO HERE

Group - Post op

