

MoM - C - 23-01-0891

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE (Healthcare)				(स्वास्थ्य सहायता)	
सहायता हेतु आवेदन प्रारूप				 Koshika foundation Building block of life.	
APPLICATION No.: आवेदन संख्या -		M/0123/0027		APPLICATION DATE: आवेदन तिथि - 07/01/23	
NAME of APPLICANT: आवेदक का नाम			AGE-YEARS आयु-वर्ष		GENDER लिंग
Khairun Nisha			59		F
FATHER'S/SPOUSE'S NAME: पिता/सहस्र का नाम			Shahidul		
PRESENT RESIDENCE ADDRESS: वर्तमान आवासीय पता					
Rajapur Post, Thakur Behara Khori, Khori					
Uttar Pradesh - 222401					
PERMANENT RESIDENCE ADDRESS: स्थायी आवासीय पता					
Village Rajapur, Uttar Pradesh - 222401					
Occupation: व्यवसाय - Home Maker					
☒ MARRIED (विवाहित) / ☐ UNMARRIED (अविवाहित)					
TOTAL ANNUAL INCOME: कुल वार्षिक आय - 56000 (Family)					
(Attach Proof of Income) (आय का साक्ष्य संलग्न करें)					
PAN No. स्वयं का पैन संख्या					
ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable): क्या आप आय कर दाता हैं (जो मान्य हो उस पर सही को चिह्नित करें)					
Yes / No हाँ / नहीं					
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 संबंध	
1	Mishra	28	M	Son	
2	Khairun Nisha	59	F	daughter	
3					
4					
5					
6					
7					
8					
9					
10					
BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable)					
सहायता के लिये विवर्ति आधार					
BPL Card (Attach Card Copy) गरीबी रेखा के नीचे प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र को सहायता हेतु संलग्न करें)		EWS Certificate (Attach Certificate Copy) आय आय वर्ग प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र को सहायता हेतु संलग्न करें)		☒ Ration Card (Attach Copy) उपभोक्ता कार्ड (प्रमाण पत्र को सहायता हेतु संलग्न करें)	
Any Other Basis/Proof अन्य कोई साक्ष्य					
PURPOSE for REQUESTING ASSISTANCE: सहायता हेतु किये गये विवर्ति का स्वरूप:					
Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached आस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई प्रमाणित सूची संलग्न				
1	Diagnosis - RC - Severe Cataract				
	IC - Severe Cataract				
2	RC - SICS with Pseudo lens caps				
ASSISTANCE BEING AWARDED 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 AWARDED से गई सहायता राशि	
1	ISBS			2,000/-	

