


mem-C-23-05-0608

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE सहायता हेतु आवेदन प्रारूप		(Healthcare) (स्वास्थ्य देखभाल)	 Koshika foundation Building block of life.		
APPLICATION No. : आवेदन संख्या : M/0523/0106		APPLICATION DATE : आवेदन तिथि 08/5/2023			
NAME of APPLICANT : आवेदक का नाम Moog Hasan		AGE-YEARS आयु-वर्ष 68	SEX लिंग m		
FATHER'S/SPOUSE'S NAME : पिता/कटुम्भ का नाम Hasam Tulla					
PRESENT RESIDENCE ADDRESS वर्तमान आवासीय पता Sizawia Wasin, Sissarahabla, Rheni					
PERMANENT RESIDENCE ADDRESS : स्थाई आवासीय पता Same as above					
OCCUPATION : व्यवसाय Father		<input checked="" type="checkbox"/> MARRIED (विवाहित) / <input type="checkbox"/> UNMARRIED (अविवाहित)			
TOTAL ANNUAL INCOME : कुल वार्षिक आय 32,000/-		(Attach Proof of Income) (आय का साक्ष्य संलग्न)			
PAN No. स्वयं सहाय संख्या					
ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable): क्या आप आय कर दाता हैं (जो मान्य हो उस पर सही का निशान लगाएं) Yes / No हां / 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 सम्बन्ध	
1	Jameel	33	m	Son	
2	Sabel	30	m	Son	
3	Maseel	28	m	Son	
BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable) सहायता के लिये विनति आधार					
<input type="checkbox"/> BPL Card (Attach Card Copy) गरीबी रेषा के नीचे प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें)		<input type="checkbox"/> EWS Certificate (Attach Certificate Copy) अल्प आय वर्ग प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें)		<input checked="" type="checkbox"/> Ration Card (Attach Copy) उपभोक्ता कार्ड (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें)	<input type="checkbox"/> Any Other Basis/Proof अन्य कोई साक्ष्य
"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE: सहायता हेतु किये गये विनती का उद्देश्य:					
Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached अस्पताल/डाक्टर से जारी की गई प्रतिवेदन सूची संलग्न				
1	Diagnosis R/E Senile cataract L/E Senile cataract				
2	Surgery L/E SICS with Pmma Lens comp				
ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES इस उद्देश्य के हेतु कोई अन्य सहायता किसी अन्य स्रोत से लिये गया है?					
Sr. No. क्रम संख्या	NAME of OTHER SOURCE अन्य स्रोत का नाम	AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILED ली गई सहायता राशि			
1	D B S	2000/-			



