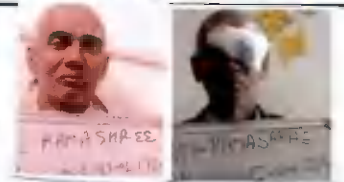


MOM-G-23-01-1324

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE (Healthcare)		Koshika foundation Building block of life.		
APPLICATION No. : आवेदन संख्या : M/0123/01/14		APPLICATION DATE : आवेदन तिथि 20/01/23		
NAME of APPLICANT : आवेदक का नाम Ramasane		AGE-YEARS आयु-वर्ष 62.	SEX लिंग M	
FATHER'S/SPOUSE'S NAME : पिता/कटुम्भ का नाम G. H. W. Tai				
PRESENT RESIDENCE ADDRESS वर्तमान आवासीय पता M. K. J. , Khera , Raipur Chhushi , Uttar Pradesh , 262805				
PERMANENT RESIDENCE ADDRESS : स्थाई आवासीय पता Same as above				
OCCUPATION : व्यवसाय Farmer		☒ MARRIED (विवाहित) / ☐ UNMARRIED (अविवाहित)		
TOTAL ANNUAL INCOME : कुल वार्षिक आय 40,000 ₹		(Attach Proof of Income) (आय का साक्ष्य संलग्न)		
PAN No. स्थाई खाता 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 लगायें) 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.	Ramchandra Lal	32	M	Son
2.	Neeraj	30	M	Son
3.	Shyam Kishan	34	M	Son
4.	Ram Saheli	28	F	Daughter
5.	Pinki	26	F	Daughter
6.	K. G. P. P.	24	F	Daughter
BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable) सहायता के लिये विनति आधार				
BPL Card (Attach Card Copy) गरीबी रेखा के नीचे 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) उपभोक्ता कार्ड (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें)	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/डॉक्टर से जारी की गई प्रतिवेदन सूची संलग्न			
1.	Diagnosis RE - Senile Cataract LE - Senile Cataract			
2.	LE SCS with Pmmq lens camp			
ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES इस उद्देश्य के हेतु कोई अन्य सहायता किसी अन्य स्रोत से लिया गया हो?				
Sr. No. क्रम संख्या	NAME of OTHER SOURCE अन्य स्रोत का नाम	AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILED ली गई सहायता राशी		
1.	DBCS	2,000/-		



PASTE PHOTO HERE

Proof- P08-1 of

