

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE (Healthcare) सहायता हेतु आवेदन प्रारूप (स्वास्थ्य देखभाल)		Koshika foundation Building block of life.		
APPLICATION No.: आवेदन संख्या: 510523/0150		APPLICATION DATE: 02-05-2023 आवेदन तिथि		
NAME of APPLICANT: आवेदक का नाम MRS Munesb		AGE-YEARS आयु-वर्ष 59	SEX लिंग F	
FATHER'S/SPOUSE'S NAME: पिता/सहस्र का नाम MM Satish				
PRESENT RESIDENCE ADDRESS वर्तमान आवासीय पता Vill-dabheri, Narauta Dehat, Saharanpur, Narauta, Uttar Pradesh, 201452				
PERMANENT RESIDENCE ADDRESS: स्थाई आवासीय पता Same as above				
OCCUPATION: व्यवसाय Home maker		MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)		
TOTAL ANNUAL INCOME: कुल वार्षिक आय 57,000 (Family Income)		(Attach Proof of Income) (आय का साक्ष्य संलग्न) NA		
PAN No. स्थाई खाता संख्या NA				
ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable): क्या आप आय कर दाता हैं (जो मान्य हो उस पर सही का निशान लगाये) 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 सम्बन्ध
(1)	Satish	65	M	Husband
(2)	Atit	40	M	Son
(3)	Bhaskar	36	M	Son
(4)	Ahup	34	M	Son
(5)	Surbhi	37	F	Daughter in law
(6)	Pooja	35	F	Daughter in law
(7)	Sonika	30	F	Daughter in law
(8)	Keshav	27	M	Grand son
(9)	Kunal	23	M	Grand son
(10)	Ravi	22	F	Grand daughter
(11)	Haryani	10	M	Grand son
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 निवृत्ति का उद्देश्य:				
Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached अस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई प्रतिवेदन सूची संलग्न			
	Diagnosis - RE - senile cataract			
	IE - Pseudophacic			
	Surgery - RE - SICS with PMMA			
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 सी गई सहायता राशी		



PASTE PHOTO HERE
Pre op post op
Munesb (0150)



भारत सरकार
 Government of India


 नाम
 Munesh
 जन्म तिथि / DOB : 01/01/1984
 लिंग / Gender



7927 1611 6446




आधार - आम आदमी का अधिकार


भारतीय जनता
 Unique Identification Authority of India

पता
 अतिथि: शहीद, मीर-उन्ही
 मन्दीर क्षेत्र, सहायपुर, मन्दीर,
 उत्तर प्रदेश, 247452

Address
 W/O: Sahari, Mir-unhi,
 Mandir, Sahaypur, Mandir,
 Uttar Pradesh, 247452

7927 1611 6446

1800 301 0307 <http://uidai.gov.in> www.uidai.gov.in

7
मुनेश
 9