

MOM-C23-02-0744

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE (Healthcare) सहायता हेतु आवेदन प्रारूप (स्वास्थ्य देखभाल)		Koshika foundation Building block of life.		
APPLICATION No.: आवेदन संख्या: M/0223/0170		APPLICATION DATE: आवेदन तिथि 08/02/23		
NAME of APPLICANT: आवेदक का नाम Ram Ladaiti		AGE-YEARS आयु-वर्ष 66	SEX लिंग F	
FATHER'S/SPOUSE'S NAME: पिता/कटुम्भ का नाम Hannam Singh				
PRESENT RESIDENCE ADDRESS: वर्तमान आवासीय पता Rambhagar, Shahabgarh - Chhara, Bikaner Raj., Kheri, Uttar Pradesh - 362804		PASTE PHOTO HERE Pre-op Post-op		
PERMANENT RESIDENCE ADDRESS: स्थाई आवासीय पता Same as above				
OCCUPATION: व्यवसाय Home maker		☒ MARRIED (विवाहित) / ☐ UNMARRIED (अविवाहित)		
TOTAL ANNUAL INCOME: कुल वार्षिक आय 35,000 (Family)		(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 सम्बंध
1.	Rajesh	39	M. Sex	Son
2.	Ranjeet	30	M. Sex	Son
3.	Ruldeep	28	M. Sex	Son
4.	Pradeep	26	M. Sex	Son
5.	Mohan Pal	24	M. Sex	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 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.	Surgery RE-SICS with Intra 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.	MBIS	Camp		

