

SRE-C-23-02-0262

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE (Healthcare)		Koshika foundation Building block of life		
APPLICATION No. : आवेदन संख्या : C/0223/0190		APPLICATION DATE : 07-02-2023 आवेदन तिथि		
NAME of APPLICANT : आवेदक का नाम MM8 Rampyari		AGE-YEARS आयु-वर्ष 75	SEX लिंग F	
FATHER'S/SPOUSE'S NAME : पिता/सहोदर का नाम MM Makkad		 PASTE PHOTO HERE PHEOP Post OP Rampyari (0190)		
PRESENT RESIDENCE ADDRESS वर्तमान आवासीय पता house no. vill dabbedi, Nanauta Dehat, Sahamarpur, Nanauta Uttar Pradesh. 247052				
PERMANENT RESIDENCE ADDRESS : स्थाई आवासीय पता same as above				
OCCUPATION : व्यवसाय Home maker	MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)			
TOTAL ANNUAL INCOME : कुल वार्षिक आय 47,000 (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 लगावे)		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)	Makkad	29	M	Husband
(2)	Santosh	53	M	Son
(3)	Sushila	48	F	Daughter in law
(4)	Rajal	22	F	Grand daughter
(5)	Guddu	20	M	Grand son
(6)	Vishu	18	M	Grand son
BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable) सहायता के लिये विनति आधार				
BPL Card (Attach Card Copy) गरीबी रेषा 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			
	Diagnosis - RE - senile cataract			
	LF - senile cataract			
	Surgery - LF - ICL with PMMA			
ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES इस उद्देश्य के हेतु कोई अन्य सहायता किसी अन्य स्रोत से लिया गया है?				
Sr. No. क्रम संख्या	NAME of OTHER SOURCE अन्य स्रोत का नाम	AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILED ली गई सहायता राशि		

