

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE (Healthcare) सहायता हेतु आवेदन प्रारूप (स्वास्थ्य देखभाल)		Koshika foundation Building block of life	
APPLICATION No.: आवेदन संख्या: C/0223/0197	APPLICATION DATE: 07-02-2023 आवेदन तिथि		
NAME of APPLICANT: आवेदक का नाम	AGE-YEARS आयु-वर्ष	SEX लिंग	 
FATHER'S/SPOUSE'S NAME: पिता/वधु का नाम	51	F	
PRESENT RESIDENCE ADDRESS वर्तमान आवासीय पता			
Same as above 247452			PASTE PHOTO HERE Pre OP Post OP Angooru Devi (0197)
PERMANENT RESIDENCE ADDRESS: स्थाई आवासीय पता			
Same as above			
OCCUPATION: व्यवसाय	Home maker	MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)	
TOTAL ANNUAL INCOME: कुल वार्षिक आय	52,000 (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 सदस्य का नाम	Age (Years) उम्र (वर्ष)	Gender लिंग
(1)	Devenchima	53	M
(2)	Anil Kumar	23	M
(3)	Junil	20	M
(4)	Sudhish	14	M
(5)	Saloni	13	F
(6)	Kayal	10	F
BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable) सहायता के लिये विनंति 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 विनंती का उद्देश्य:			
Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached अस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई प्रतिवेदन सूची संलग्न		
	Diagnosis - RE - senile cataract		
	LE - senile cataract		
	Surgery - LE - SLCS 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 ले गई सहायता राशि	



भारत सरकार
Unique Identification Authority of India

भारत सरकार
Unique Identification Authority of India
Government of India

नमोकरण क्रम / Enrollment No.: 1088/28551/49992

To
अंगूरी देवी
Angoori Devi
W/O: Devendra Singh
Gram Dohari, Post-Badgaon
Narsula Tehsil
Narsula
Deoband Saharanpur
Uttar Pradesh 247452
9536614402
MA318393907FT



आपका आधार क्रमांक / Your Aadhaar No. :

8796 5273 4060

मेरा आधार, मेरी पहचान



भारत सरकार
Government of India



अंगूरी देवी
Angoori Devi
जन्म तिथि / DOB : 19/09/1972
महिला / Female



8796 5273 4060

मेरा आधार, मेरी पहचान