

<b>APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE</b> सहायता हेतु आवेदन प्रारूप		(Healthcare) (स्वास्थ्य देखभाल)	 Koshika foundation KUSHI NAGAR, U.P.	
APPLICATION No / आवेदन संख्या: <b>V/1220/0200</b>		APPLICATION DATE / आवेदन तिथि: <b>04/12/20</b>		
NAME of APPLICANT / आवेदक का नाम: <b>Madina Begum</b>		AGE-YEARS / आयु-वर्ष: <b>50</b>	SEX / लिंग: <b>F</b>	
FATHER'S/SPOUSE'S NAME / पिता/सहोदर का नाम: <b>Sultan</b>				
PRESENT RESIDENCE ADDRESS / वर्तमान आवासीय पता				
<b>Shergarh Bangar, Shergarh,</b>				
<b>Dist Mathura, U.P, 281409</b>				
PERMANENT RESIDENCE ADDRESS / स्थायी आवासीय पता				
<b>Same as above</b>				
OCCUPATION / व्यवसाय: <b>Home Maker</b>		MARRIED / विवाहित: <input checked="" type="checkbox"/> UNMARRIED / अविवाहित: <input type="checkbox"/>		
TOTAL ANNUAL INCOME / कुल वार्षिक आय: <b>19500 (Family)</b>		(Attach Proof of Income) / (आय का साक्ष्य प्रमाण): <b>NA</b>		
PAN No. / आई एन सीएन:				
ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable): / क्या आप आय कर दाता हैं (जो मन्त्र हो उस पर सही का चिह्न लगायें)				
		Yes / हाँ: <input type="checkbox"/> No / नहीं: <input checked="" type="checkbox"/>		
FAMILY DETAILS / परिवार विवरण				
Sr. No. / क्रम संख्या	Name of Family Member / परिवार के सदस्य का नाम	Age (Years) / उम्र (वर्ष)	Gender / लिंग	Relation with Applicant / आवेदक से क्या संबंध
1	<b>Rahmuddin</b>	<b>52</b>	<b>M</b>	<b>Husband</b>
BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable) / सहायता के लिये विवधि आधार				
BPL Card (Attach Card Copy) / गरीब रेशू के साथ प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की प्रमा प्रतिलिपि संलग्न करें)	EWS Certificate (Attach Certificate Copy) / अन्य आय का प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की प्रमा प्रतिलिपि संलग्न करें)	Ration Card (Attach Copy) / उपभोक्ता कार्ड (प्रमाण पत्र की प्रमा प्रतिलिपि संलग्न करें)	Any Other Basis/Proof / अन्य कोई साक्ष्य	
*PURPOSE* for REQUESTING ASSISTANCE: / सहायता हेतु किसे क्या विवधि का उद्देश्य:				
Sr. No. / क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached / जलदाल-संख्या से जारी की गई प्रतिवेदन सूची संलग्न			
	<b>RE - Senile Cataract</b>			
	<b>LE - Total Cataract</b>			
	<b>Surgery - (LE) SICS + IOL</b>			
ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME *PURPOSE* from OTHER SOURCES / इस उद्देश्य के हेतु कोई अन्य सहायता किसे अन्य स्रोत से लिये जा चुकी है?				
Sr. No. / क्रम संख्या	NAME of OTHER SOURCE / अन्य स्रोत का नाम	AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILED / नई सहायता राशि		
1	<b>DACS</b>	<b>2000/-</b>		



