

J. 24-11-3153

# APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE

(Healthcare)  
(स्वास्थ्य देखभाल)

सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

APPLICATION DATE: 15-11-24  
आवेदन तिथि

AGE-YEARS 60-60  
SEX F

NAME OF APPLICANT: Sajda Sulthana  
आवेदक का नाम

FATHER'S/SPOUSE'S NAME: [Blank]  
पिता/पति का नाम

PRESENT RESIDENCE ADDRESS: H-130-A-212, GATE NO-6 - SHU-KANCAJANG  
Khalanasi Khad Path East Bohni-110094  
PERMANENT RESIDENCE ADDRESS: [Blank]  
वर्तमान निवास पता स्थायी निवास पता

Koshika  
foundation  
Building block of life



PASTE PHOTO HERE  
PRT POST

MARRIED (प्राणी) / UNMARRIED (अप्राणी)  
(आपका विवाह स्थिति)

(Attach Proof of Income)  
(आपका आय प्रमाण)

Home Maker  
- 18000/- (Family Income)

ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable):  
Yes / No  
आप आय करदाता हैं (जो लागू हो उसे चिह्नित करें)

## FAMILY DETAILS (परिवार विवरण)

| Sr. No. | Name of Family Member | Age (Years) | Gender | Relation with Applicant |
|---------|-----------------------|-------------|--------|-------------------------|
| 1       | Aslam                 | 75          | M      | Husband                 |
| 2       |                       |             |        |                         |
| 3       |                       |             |        |                         |
| 4       |                       |             |        |                         |
| 5       |                       |             |        |                         |

## BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable)

|                                                                      |                                                                                             |                                                                             |                                             |
|----------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------|
| BPL Card (Attach Card Copy)<br>(गणतंत्र का कार्ड जो साथ मेंแน付 करें) | EWS Certificate (Attach Certificate Copy)<br>(आय और वर्ग का प्रमाण पत्र जो साथ मेंแน付 करें) | Ration Card (Attach Copy)<br>(आय और वर्ग का प्रमाण पत्र जो साथ मेंแน付 करें) | Any Other Basis/Proof<br>(अन्य कोई भी आधार) |
|----------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------|

## "PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE: सहायता हेतु निम्न में से किसी को चिह्नित करें:

Medical Reports/Prescriptions Attached  
आस्थापना/प्राणी से साथ मेंแน付 करें

① Bagnous LT - SENILE Cadaxaf  
② Surgery > LT - Phaco + Plect & Lm  
③ LT - SENILE Cadaxaf  
④ LT - SENILE Cadaxaf

ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES  
इस सहायता के हेतु कोई अन्य सहायता प्राप्त हो चुकी है कि नहीं?

NAME of OTHER SOURCE  
AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILED  
रुपये में सहायता मिली

① 1805

2000/-



