

MOM-G-23-03-0748

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE सहायता हेतु आवेदन प्रारूप		(Healthcare) (स्वास्थ्य देखभाल)	Koshika foundation Building block of life	
APPLICATION No. : आवेदन संख्या : M/0323/0267		APPLICATION DATE : आवेदन तिथि 11/03/23		
NAME of APPLICANT : आवेदक का नाम Shiv Kani		AGE-YEARS आयु-वर्ष 67	SEX लिंग F	
FATHER'S/SPOUSE'S NAME : पिता/कटुम्ब का नाम Guraj Vachan				
PRESENT RESIDENCE ADDRESS वर्तमान आवासीय पता				
harriaya, Ambaria, Khera, Ambaria, Uttar Pradesh, 262902				
PERMANENT RESIDENCE ADDRESS : स्थायी आवासीय पता				
Same as above				
OCCUPATION : व्यवसाय Home maker		<input checked="" type="checkbox"/> MARRIED (विवाहित) / <input type="checkbox"/> UNMARRIED (अविवाहित)		
TOTAL ANNUAL INCOME : कुल वार्षिक आय 38,000 (family)		(Attach Proof of Income) (आय का साक्ष्य संलग्न)		
PAN No. स्थायी 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)				
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 सम्बन्ध
1	Vinehdita		M	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)		Any Other Basis/Proof अन्य कोई साक्ष्य
Ration-Card (Attach Copy) उपभोक्ता कार्ड (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें)				
"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 LE SICS with Pmha lens Camp			
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 राशी		
1	NRCS	2000/-		



Pre-op Post-op

