

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE सहायता हेतु आवेदन प्रारूप		(Healthcare) (स्वास्थ्य देखभाल)	 Koshika foundation Building block of life.	
APPLICATION No. : आवेदन संख्या : 51082310463		APPLICATION DATE 03-08-2023 अवेदन तिथि		
NAME of APPLICANT : आवेदक का नाम Mrs Nazimam		AGE-YEARS आयु-वर्ष 78	SEX लिंग F	
FATHER'S/SPOUSE'S NAME : पिता/सहस्रपति का नाम Late Mr Yakub				
PRESENT RESIDENCE ADDRESS वर्तमान आवासीय पता house no. 64 gangah Road Kumbhaheda Kumbhaheda Herta Sabdarpan NRI Sahamandur Uthah Pradesh 247001				
PERMANENT RESIDENCE ADDRESS : स्थायी आवास पता Same as above				
OCCUPATION : व्यवसाय Home Maker			MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित) <input checked="" type="checkbox"/> MARRIED	
TOTAL ANNUAL INCOME : कुल वार्षिक आय 57,000 (Family Income)			(Attach Proof of Income) (आय का साक्ष्य संलग्न) NA	
PAN No. : स्थायी 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 चिह्न लगाए)। Yes / No हाँ / नहीं <input checked="" type="checkbox"/> No				
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)	Babbay	55	M	son
(2)	Zaid	52	M	son
(3)	Narfeem	47	M	son
(4)	Fayabna	53	F	Daughter in law
(5)	Bahma	50	F	Daughter in law
(6)	Shifa	45	F	Daughter in law
(7)	Safiya	25	F	Grand daughter
(8)	Kashif	23	M	Grand son
(9)	Rashid	20	M	Grand son
(10)	Shadab	19	M	Grand son
(11)	Danish	17	M	Grand son
BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable) सहायता के लिये विनिर्दिष्ट आधार				
BPL Card (Attach Card Copy) प्रतिबन्धी रेशा के तौर पर प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र को छात्रा प्रति संलग्न करें)		EWS Certificate (Attach Certificate Copy) अल्प आय वर्ग प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की छात्रा प्रति संलग्न करें)		Any Other Basis/Proof अन्य कोई साक्ष्य
"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE: सहायता हेतु किये गये विनिर्दिष्ट उद्देश्य:				
Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached अस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई प्रतिवेदन सूची संलग्न			
	Diagnosis - RE - cataract LE - Pseudophacic			
	Surgery - RE - SICs 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 लगे गई सहायता राशी		



