


SRE- C- 25-10-0815

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE (Healthcare)		Koshika foundation Building block of life		
APPLICATION No.: आवेदन संख्या: S/1025/0604		APPLICATION DATE: आवेदन तिथि: 16-10-25		
NAME of APPLICANT: आवेदक का नाम: Mr. Jai Raman		AGE-YEARS आयु-वर्ष: 74	SEX लिंग: M	
FATHER'S/SPOUSE'S NAME: पिता/वधुवर्धन का नाम: Late Mr. Kali Ram		 <p>PASTE PHOTO HERE Pre op Postop Jai Raman (0604)</p>		
PRESENT RESIDENCE ADDRESS वास्तव्य आवासीय पता 652, Ward no 30, Shyam Sunderpuri Jagadheri, Mundawala, Jagadheri, Yamuna Nagar, Haryana, 135003				
PERMANENT RESIDENCE ADDRESS स्थायी आवासीय पता same as above.				
OCCUPATION: व्यवसाय: Labour		MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित):		
TOTAL ANNUAL INCOME: कुल वार्षिक आय: 50,000		(Attach Proof of Income) (आय का प्रमाण संलग्न): N/A		
PAN No. स्थायी खाता संख्या: N/A				
ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable): क्या आप आय कर दाता हैं? (जो लागू हो उस पर सही का चिह्न लगावे।)		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 संबंध
(1)	Amal	29	M	Son
(2)	Ranjana	36	M	Son
(3)	Sankurda	32	F	Daughter in Law
(4)	Raju	20	M	Grand Son
BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable) सहायता के लिये विगति आधार				
BPL Card (Attach Card Copy) गरीबी रेंज 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) उपभोग्य कार्ड (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें।)	Any Other Basis/Proof अन्य कोई साक्ष्य	
"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE: सहायता हेतु किये गये निम्नो का उद्देश्य:-				
Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached अस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई प्रालिखित सूची संलग्न			
	Diagnosis - RE - Senile Cataract LE - Senile Cataract			
	Surgery - LE - SICS with PMMA			
ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES इस उद्देश्य के हेतु कोई अन्य सहायता किसी अन्य स्रोत से लिये गया है?				
Sr. No. क्रम संख्या	NAME of OTHER SOURCE अन्य स्रोत का नाम	AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILED लगे गई सहायता राशी		

