


SRE-C-26-01-0404

| APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE<br>(Healthcare)<br>सहायता हेतु आवेदन प्रारूप (स्वास्थ्य देखभाल)                                       |   | Koshika<br>Foundation<br>Building Block of life.   |  |   |
|---|---|--|--|---|
| APPLICATION No. :<br>आवेदन संख्या : S10126/0791   | APPLICATION DATE :<br>आवेदन तिथि 8/1/26   |       |  |   |
| NAME of APPLICANT :<br>आवेदक का नाम Mrs. KAMILA   | AGE-YEARS आयु-वर्ष 53   |  |  | SEX लिंग F                                      |
| FATHER'S/SPOUSE'S NAME :<br>पिता/कटुम्ब का नाम Mr. Pahal Singh  | PRESENT RESIDENCE ADDRESS वर्तमान आवासीय पता<br>BAND KHERA, Bahi Kheda,<br>Sahajanpuri, Sahajanpuri, Uttar<br>Pradesh, 247001 |  | PASTE PHOTO HERE<br>Pre OP Post<br>OP - KAMILA<br>(0791) |   |
|   | PERMANENT RESIDENCE ADDRESS : स्थाई आवासीय पता<br>same as above   |  |  |   |
| OCCUPATION :<br>व्यवसाय Home maker  | MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)  |  |  |   |
| TOTAL ANNUAL INCOME :<br>कुल वार्षिक आय 49,000  | (Attach Proof of Income)<br>(आय का साक्ष्य संलग्न) NA   |  |  |   |
| PAN No. स्थाई खाता संख्या NA  |   |  |  |   |
| ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable):<br>क्या आप आय कर दाता हैं (जो मान्य हो उस पर सही का निशान लगाएं)       | Yes / No<br>हां / नहीं <input checked="" type="checkbox"/>  |  |  |   |
| FAMILY DETAILS परिवार विवरण   |   |  |  |   |
| Sr. No.<br>क्रम संख्या  | Name of Family Member<br>परिवार के सदस्यों का नाम   | Age (Years)<br>उम्र (वर्ष)   | Gender<br>लिंग   | Relation with Applicant<br>आवेदक के साथ सम्बन्ध |
| 1   | Pahal Singh   | 55   | M  | Husband   |
| 2   | Mahesh  | 37   | M  | Son   |
| 3   | Aakash  | 26   | M  | Son   |
| BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable)<br>सहायता के लिये विनति आधार   |   |  |  |   |
| BPL Card<br>(Attach Card Copy)<br>भरीबी रेशा के नीचे प्रमाण पत्र<br>(प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें)                           | EWS Certificate<br>(Attach Certificate Copy)<br>अल्प आय वर्ग प्रमाण पत्र<br>(प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें)           | Ration Card<br>(Attach Copy)<br>उपभोगता कार्ड<br>(प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें) | Any Other<br>Basis/Proof<br>अन्य कोई साक्ष्य             |   |
| "PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE:<br>सहायता हेतु किये गये विनती का उद्देश्य:   |   |  |  |   |
| Sr. No.<br>क्रम संख्या  | Medical Reports/Prescriptions Attached<br>अस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई प्रतिक्रिया सूची संलग्न                                |  |  |   |
|   | Diagnosis - RE - senile Cataract<br>LE - Pseudophacia<br>Surgery - RE - SICS WITH PMMA  |  |  |   |
| ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES<br>इस उद्देश्य के हेतु कोई अन्य सहायता किसी अन्य स्रोत से लिये गया है? |   |  |  |   |
| Sr. No.<br>क्रम संख्या  | NAME of OTHER SOURCE<br>अन्य स्रोत का नाम   | AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILED<br>नी गई सहायता राशि                                  |  |   |
|   |   |  |  |   |
|   |   |  |  |   |

