

SRE-C-25-OL-0496

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE (Healthcare)		Koshika Foundation Building Block of life		
APPLICATION No. : 8/0125/0797		APPLICATION DATE : 10-1-2025		
NAME of APPLICANT : Mrs. Santallesh		AGE-YEARS : 56	SEX : F	
FATHER/SPOUSE'S NAME : Mr. Radhesh		 PASTE PHOTO HERE Prior to Postop Santallesh (0797)		
PRESENT RESIDENCE ADDRESS : Khayavni, Khayavni, Shamel, Uttar Pradesh - 241112				
PERMANENT RESIDENCE ADDRESS : same as above				
OCCUPATION : Home Maker				
TOTAL ANNUAL INCOME : 47,000 (Family Income)		(Attach Proof of Income) MA		
PAN No. : NA				
ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable):		Yes / No		
आप आय कर दाता हैं (को वान्य हो उस पर सही का चिह्न लगावे):		हाँ / नहीं		
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
01	Radhesh	57	M	Husband
02	Pratik	26	M	Son
03	Pratik	29	M	Son
BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable) आवेदक के लिये किसी आधार				
BPL Card (Attach Card Copy) गरीबी रेशा के नीचे आता हूँ (प्रमाण पत्र की प्रतिलिपि संलग्न करें)		EWS Certificate (Attach Certificate Copy) अल्प आय वर्ग आता हूँ (प्रमाण पत्र की प्रतिलिपि संलग्न करें)		Ration Card (Attach Copy) उपभोक्ता कार्ड (प्रमाण पत्र की प्रतिलिपि संलग्न करें)
Any Other Basis/Proof अन्य कोई सबूत				
"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE: सहायता हेतु किसी गरीब विपत्ति का उद्देश्य:				
Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached अस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई प्रतिबंधित सूची संलग्न			
	Diagnosis - RE- senile cataract LE- senile cataract			
	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 ली जा रही है?				
Sr. No. क्रम संख्या	NAME of OTHER SOURCE अन्य स्रोत का नाम	AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILED सी गई सहायता राशि		

