



SRE- C-26-01-0751

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE सहायता हेतु आवेदन प्रारूप		(Healthcare) (स्वास्थ्य देखभाल)	 Koshika Foundation Building block of life	
APPLICATION No. : आवेदन संख्या :	S10126/0811	APPLICATION DATE : आवेदन दिती	24/1/26	
NAME of APPLICANT : आवेदक का नाम	Mrs. Bhumi	AGE-YEARS आयु-वर्ष	67	SEX लिंग F
FATHER'S/SPOUSE'S NAME : पिता/पत्न्या का नाम	Late Mr. Altaf Ahamed			
PRESENT RESIDENCE ADDRESS वर्तमान आवासीय पता		PASTE PHOTO HERE		
house, no 227, paper mill behind Maidas mandir, Timmat nagary, Sahajanpur, Sahajanpur, Dittay, Punjab, INDIA		Pw op Post op- Bhumi (0811)		
PERMANENT RESIDENCE ADDRESS : स्थायी आवासीय पता		247001		
same as above				
OCCUPATION : व्यवसाय	Home Maker	<input checked="" type="checkbox"/> MARRIED (विवाहित) / <input type="checkbox"/> UNMARRIED (अविवाहित)		
TOTAL ANNUAL INCOME : कुल वार्षिक आय	48,000 (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 निशान लगाएं)		Yes / No हां / नहीं <input checked="" type="checkbox"/>		
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	Nanish	45	M	SON
2	Altaf	38	M	SON
3	Rukshar	42	F	Daughter in law
4	Shirana	32	F	Daughter in law
5	Shakil	13	M	Grand SON
6	Salman	18	M	Grand SON
BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable) सहायता के लिये विनति आधार				
BPL Card (Attach Card Copy) एपीबी रेश्टा के नीचे प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें)	EWS Certificate (Attach Certificate Copy) जलय अल्प वर्ग प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें)	Ration Card (Attach Copy) उपभोक्ता कार्ड (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें)	Any Other Basis/Proof अन्य कोई साक्ष्य	
"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE: सहायता हेतु किये गये विनती का उद्देश्य:				
Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached अस्पताल/डॉक्टर में जारी की गई प्रिलिखित सूची संलग्न			
	Diagnosis- RE- Senior Cataract LE- Senior Cataract Surgery- LE- PHACO WITH PMMA			
ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES इस उद्देश्य के हेतु कोई अन्य सहायता किसी अन्य स्रोत से लिया गया हो?				
Sr. No. क्रम संख्या	NAME of OTHER SOURCE अन्य स्रोत का नाम	AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILED ली गई सहायता राशि		

