

SRE-C-25-01-0775

APPLICANT FORM FOR ASSISTANCE (Healthcare)		Koshika foundation Building Block of Life		
सहाय्य हेतु आवेदन प्रारूप (सहाय्य हेतु आवेदन प्रारूप)				
APPLICATION No. (आवेदन संख्या):	S/0125/0817		APPLICATION DATE (आवेदन तिथि):	
NAME of APPLICANT (आवेदक का नाम):	AGE-YEARS (वय-वर्ष):	SEX (लिंग):		
Mrs. Mumtaz	46	F		
FATHER'S/SPOUSE'S NAME (पिता/हस्तुप का नाम):	Mr. Mohd. Mobin			
PRESENT RESIDENCE ADDRESS (वर्तमान आवासीय पता):				
near bhagat colony, mustafa bad colony, Saharanpur, Saharanpur, Uttar Pradesh, 247001				
PERMANENT RESIDENCE ADDRESS (स्थायी आवासीय पता):				
Same as above				
OCCUPATION (व्यवसाय):	Home Maker		MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित):	
TOTAL ANNUAL INCOME (कुल वार्षिक आय):	48,000 (Family Income)		(Attach Proof of Income) (आय का साक्ष्य संलग्न):	
PAN No. (आय का साक्ष्य संख्या):	NA		NA	
ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable):		Yes / No		
क्या आप आय कर दाता हैं (जो सही हो उस पर तिकी का निशान लगाएं):		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)
1	Mohd. Mobin	50	M	Husband
2	Sayab Nagam	21	M	Son
3				
4				
5				
6				
7				
8				
9				
10				
BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable)				
सहाय्य के लिए विवर्ति आधार				
BPL Card (Attach Card Copy) (नीचे दिए गए को तिकी प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र को साथ में प्रस्तुत करें):	EWS Certificate (Attach Certificate Copy) (नीचे दिए गए को तिकी प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र को साथ में प्रस्तुत करें):	Ration Card (Attach Copy) (प्रमाण पत्र को साथ में प्रस्तुत करें):	Any Other Basis/Proof (अन्य कोई साक्ष्य)	
"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE (सहाय्य हेतु विवर्ति के उद्देश्य):				
Sr. No. (क्रम संख्या)	Medical Reports/Prescriptions Attached (अस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई प्रतिवेदन सुची संलग्न)			
	Diagnosis - RE - Senior Cataract			
	LE - Senior Cataract			
	Surgery - LE - SICS with PMMA			
ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES (इस उद्देश्य के हेतु कोई अन्य सहाय्य किसी अन्य स्रोत से लिए गए हैं?)				
Sr. No. (क्रम संख्या)	NAME of OTHER SOURCE (अन्य स्रोत का नाम)	AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILED (ती गई सहाय्य का राशि)		

