

SRE-C-26-01-2037

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE (Healthcare)		Koshika foundation Building block of life		
APPLICATION No.: आवेदन संख्या: S/0126/0848		APPLICATION DATE: 20/1/26 आवेदन तिथि		
NAME of APPLICANT: आवेदक का नाम Mrs. Zahida		AGE-YEARS उम्र-वर्ष 57	SEX लिंग F	
FATHER'S/SPOUSE'S NAME: पिता/पति का नाम Mr. Fayyaz				
PRESENT RESIDENCE ADDRESS वर्तमान आवासीय पता Mohalla - Loharian, Bihar Saharanpur, Uttar Pradesh - 247122				
PERMANENT RESIDENCE ADDRESS: स्थाई आवासीय पता 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 प्रमाण संलग्न) MA		
PAN No. स्थाई 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 हाँ / 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 सम्बंध
(1)	Fayyaz	58	M	Husband
(2)	Indira	28	M	Son
(3)	Sahil	24	M	Son
BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable) सहायता के लिये विवरण आधार				
<input type="checkbox"/> BPL Card (Attach Card Copy) गरीबी रेषा के नीचे प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें)	<input type="checkbox"/> EWS Certificate (Attach Certificate Copy) अल्प आय वर्ग प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें)	<input type="checkbox"/> Ration Card (Attach Copy) उपभोग्य कार्ड (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें)	<input type="checkbox"/> Any Other Basis/Proof अन्य कोई प्रमाण	
"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE: सहायता हेतु किये गये विवरण का उद्देश्य:				
Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached अस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई प्रतिलेख सूची संलग्न			
	Diagnosis- RE- Cataract LE- 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 है?				
Sr. No. क्रम संख्या	NAME of OTHER SOURCE अन्य स्रोत का नाम	AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILED लेई गई सहायता राशी		



PASTE PHOTO HERE

 Pre op Post
op- Zahida
(0848)

