



SRE-C-25-01-1317

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE सहायता हेतु आवेदन प्रारूप		(Healthcare) (स्वास्थ्य देखभाल)		 Koshika Foundation Building Lives of Life	
APPLICATION No. / आवेदन क्रमांक : S10125/10852		APPLICATION DATE: 25-1-2025 / आवेदन तिथि			
NAME of APPLICANT / आवेदन करेवाला का नाम : Mr. Naresh kumar		AGE-YEARS / आयु-वर्ष : 49	SEX / लिंग : M		
FATHER/SPOUSE'S NAME / पिता/सहोदर का नाम : Late Mr. Banwarilal		 PASTE PHOTO HERE Paste up Post of Naresh kumar (0852)			
PRESENT RESIDENCE ADDRESS / वर्तमान निवास का पता : Chhabhau, uny, Shami, Phula Bhatt, Shami, Shami, Gauri Pukhta, Uttar Pradesh, 241326					
PERMANENT RESIDENCE ADDRESS - यदि अलग/अन्य का पता : SAME AS ABOVE					
OCCUPATION / व्यवसाय : Labourer		MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित) : <input checked="" type="checkbox"/> / <input type="checkbox"/>		(Attach Proof of Income) / (आय का प्रमाण प्रस्तुत करें) : NA	
TOTAL ANNUAL INCOME / वार्षिक आय : 50,000		FAR No. / पट्टा नंबर : NA			
ARE YOU AN INCOME TAX ASSEESSEE (Tick whichever is applicable) / क्या आप आय कर दाता हैं (को-यकन को-225 या नहीं का चिह्न लगाएं) : <input type="checkbox"/> Yes / <input checked="" type="checkbox"/> No		FAMILY DETAILS / परिवार विवरण			
Sl. No. / क्र. सं.	Name of Family Member / परिवार के सदस्य का नाम	Age (Years) / आयु (वर्ष)	Gender / लिंग	Relation with Applicant / आवेदन करेवाला के साथ संबंध	
1	Mahima	35	F	Wife	
2	Deepak	30	M	Son	
3	Rocky			Son	
BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable) / साहाय्य के लिए विधि/उपाय					
RPL Card (Attach Cert. Copy) / राष्ट्रीय-100 के तहत प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र को साथ ही प्रस्तुत करें)		EWS Certificate (Attach Certificate Copy) / कम आय का प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र को साथ ही प्रस्तुत करें)		Bham Card (Attach Copy) / भूमिगत कार्ड (प्रमाण पत्र को साथ ही प्रस्तुत करें)	
				Any Other Basis/Proof / अन्य कोई प्रमाण	
"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE / साहाय्य हेतु किसे एवं किससे का उद्देश्य					
Sl. No. / क्र. सं.		Medical Reports/Prescriptions Attached / अस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई प्रतिवेदन सूची प्रस्तुत			
		Diagnosis - RE - Cataract LE - Potal Senile Cataract			
		Surgery - LE - SICS With PMMA			
ASSISTANCE BEING AWAILED by BANE "PURPOSE" from OTHER SOURCES / इस उद्देश्य के हेतु कोई अन्य स्रोत/किसी अन्य स्रोत से लिए गए हैं?					
Sl. No. / क्र. सं.	NAME of OTHER SOURCE / अन्य स्रोत का नाम		AMOUNT of ASSISTANCE BEING AWAILED / कितना राशि/रकम		

