

mom-C-24-03-0643

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE (Healthcare)		Koshika foundation Building block of life.	
सहायता हेतु आवेदन प्रारूप		(स्वास्थ्य देखभाल)	
APPLICATION No.: आवेदन संख्या:	M/0324/1362	APPLICATION DATE: आवेदन तिथी	06/03/24
NAME of APPLICANT: आवेदक का नाम	Zahida Begum	AGE-YEARS आयु-वर्ष	58
		SEX लिंग	F
FATHER'S/SPOUSE'S NAME: पिता/कटुम्ब का नाम	Niyazulla Khan		
PRESENT RESIDENCE ADDRESS वर्तमान आवास पता			
Patti Paschim, Kant Shahjahanpur			
Shahjahanpur Uttar Pradesh-242001			
PERMANENT RESIDENCE ADDRESS: स्थायी आवास पता			
Same as Above			
OCCUPATION: व्यवसाय	Home maker	☒ MARRIED (विवाहित) ☒ UNMARRIED (अविवाहित)	
TOTAL ANNUAL INCOME: कुल वार्षिक आय	26000 family	(Attach Proof of Income) (आय का साक्ष्य संलग्न)	
PAN No. रखाई खाता संख्या			
ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable): क्या आप आय कर दात हैं (जो मान्य हो उस पर सही का निशान लगायें)		Yes / No 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
BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable) सहायता के लिये विनति आधार			
BPL Card (Attach Card Copy) गरीबी रेखा के नीचे प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें)	EWS Certificate (Attach Certificate Copy) अल्प आय वर्ग प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें)	Ration Card (Attach Copy) दपभोक्ता 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 से जारी की गई प्रतिवेदन सूची संलग्न		
①	Diagnosis	R/E	Senile Cataract
		L/E	Senile Cataract
②	Surgery	L/E	With Pmma lens Camp
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 राशी	
①	DBTS	2000/-	



