

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE
सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)
(स्वास्थ्य देखभाल)

Koshika
foundation
Building Block of Life

APPLICATION No.: S/0717/169 (06/6/17) APPLICATION DATE: 18/7/17
आवेदन संख्या: आवेदन तिथि

NAME of APPLICANT: Mazid Hussain AGE-YEARS आयु-वर्ष 40 SEX लिंग M
आवेदक का नाम

FATHER'S/SPOUSE'S NAME: Late Yasin Hussain
पिता/पत्नी का नाम

PRESENT RESIDENCE ADDRESS: A-40, Ali Vihar, Sarita Vihar New Delhi
वर्तमान निवास पता

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS: As Above
स्थायी निवास पता



OCCUPATION: Tailor
व्यवसाय

MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)

TOTAL ANNUAL INCOME: Rs 72,000/-
कुल वार्षिक आय

(Attach Proof of Income)
(आय का प्रमाण प्रस्तुत करें)

PAN No. लम्बाई खाली छोड़ें

ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable):
क्या आप आय कर दाता हैं (जो मान्य हो उस पर स्ली को चिह्नित रखें)

Yes (हाँ) / No (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 से संबंध
01	Umar Hussain	50	M	Brother

BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable)
सहायता के लिये विधि आधार

BPL Card (Attach Card Copy) गरीबों के लिये प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें)	EWS Certificate (Attach Certificate Copy) आय आय वर्ग प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें)	Ration Card (Attach Copy) उच्चकोटा कार्ड (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें)	Any Other Basis/Proof अन्य कोई प्रमाण
---	---	---	---

"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE:
सहायता हेतु किये गये निम्न का उद्देश्य:

Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached अस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई प्रतिवेदन सूची संलग्न
	Drugs: (RE) Continant
	Drugs: (RE) Phaclo 100

ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES
इस उद्देश्य के हेतु कोई अन्य सहायता किसी अन्य स्रोत से मिल चुकी है?

Sr. No. क्रम संख्या	NAME of OTHER SOURCE अन्य स्रोत का नाम	AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILED ले गई सहायता राशि

