

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE

सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)

(स्वास्थ्य देखभाल)

Koshika
foundation

Building block of life

APPLICATION No.: 5/09/17/233 (0665/17)

APPLICATION DATE: 8/9/17

NAME of APPLICANT:

आवेदक का नाम Mrs. FATIMA BEGUM.

AGE-YEARS आयु-वर्ष

43

SEX लिंग

F

FATHER'S/SPOUSE'S NAME:

पिता/पत्न्य का नाम Late Mubarak Ali

PRESENT RESIDENCE ADDRESS: वर्तमान निवास पता

183C, Ravicha Bashi, Katta Mubarakpur, N.D.

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS: स्थायी निवास पता

As Above



OCCUPATION: Housewife

व्यवसाय

MARRIED (निमित्त) / UNMARRIED (अनिमित्त)

TOTAL ANNUAL INCOME:

कुल वार्षिक आय Rs. 80,000/- (Family Income)

(Attach Proof of Income)

(आय का सबूत संलग्न)

PAN No. स्थायी आयकर संख्या

ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable):

क्या आप आय करदाता हैं (जो मान्य हो उस पर सही का निशान लगाएं)

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	Relation with Applicant आवेदक के साथ सम्बन्ध
①	Gulzar	25	M	Son
②	Shama	25	F	Daughter
③	Noor-Jahan	25	F	II
④	Sachin	18	M	Son

BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable)

सहायता के लिये विनति आधार

BPL Card (Attach Card Copy) बिपीएल कार्ड का प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र को छाया प्रति संलग्न करें)	EWS Certificate (Attach Certificate Copy) एयस ईएस सी का प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र को छाया प्रति संलग्न करें)	Ration Card (Attach Card Copy) उपभोक्ता कार्ड (प्रमाण पत्र को छाया प्रति संलग्न करें)	Any Other Basis/Proof अन्य कोई साक्ष्य
--	--	--	--

"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE:

सहायता हेतु किसे गये निम्नो का उद्देश्य:

Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached अस्वास्थ्य/दवाइयों से जारी की गई प्रतिवेदन सूची संलग्न
	Dr. (R) Cataract
	Sur. (R) Phaco IOL

ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES

इस उद्देश्य को 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 लिया गया सहायता राशि
	Nil	

