

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE

सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)

(स्वास्थ्य देखभाल)



Koshika
foundation
Building blocks of life

APPLICATION No. : ५११२३/१९६२

APPLICATION DATE : १३/१०/१८

NAME of APPLICANT : LABIA BIBI

AGE-YEARS : ७१

SEX : F

FATHER'S/SPOUSE'S NAME : MAHI UDDIN

PRESENT RESIDENCE ADDRESS : वर्तमान निवास पता

101 KUNAWATA NORTH 24 PAKISTAN
KOT BANGLA

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS : स्थायी निवास पता

- AS ABOVE -

OCCUPATION : HOUSE WIFE

MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)

TOTAL ANNUAL INCOME : NIL

(Attach Proof of Income)
(आपका आय प्रमाण)

PAN No. : स्थायी आय प्रमाण

ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable):
क्या आप आय कर दाता हैं (को खाने से उस पर सही का चिह्न लगाएं)Yes / No
हां / नहीं

FAMILY DETAILS : परिवार विवरण

Sr. No. क्रम संख्या	Name of Family Member परिवार के सदस्य का नाम	Age (Years) उम्र (वर्ष)	Gender लिंग	Relation with Applicant आवेदक से क्या सम्बन्ध
1	LABIA BIBI	71	F	SELF
2	MAHI UDDIN	71	M	SON
3	SAM UDDIN	42	M	SON

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

SPL Card (Attach Card Copy) गरीबी रेशा के नीचे आय पर (आय पर को जांच करी प्रमाण को)	EWS Certificate (Attach Certificate Copy) आय आय वर्ग आय पर (आय पर को जांच करी प्रमाण को)	Ration Card (Attach Copy) उपभोग्य कार्ड (आय पर को जांच करी प्रमाण को)	Any Other Basis/Proof अन्य कोई प्रमाण
---	---	--	---

"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE:

सहायता हेतु करने के किसी का उद्देश्य:

Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached आस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई प्रतिवेदन सूची संलग्न
1	Diagnosis - Cancer - 1a
2	Surgery - 1a (Gastric)

ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES

इस उद्देश्य के हेतु कोई अन्य सहायता किसी अन्य स्रोत से लिये गया है?

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

