

SRE-C-20-02-0866

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE

सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)
(स्वास्थ्य देखभाल)

Koshika
foundation
Assisting the poor

APPLICATION No. / आवेदन संख्या: **C1022010493**

APPLICATION DATE / आवेदन तिथि: **20.07.2020**

NAME of APPLICANT / आवेदक का नाम: **Bahau Ahmad**

AGE-YEARS आयु वर्ष: **60** SEX लिंग: **M**

FATHER/S/POUSE'S NAME / पिता/कटुम्प का नाम: **Mehboob Khan**



PRESENT RESIDENCE ADDRESS: वर्तमान आवासीय पता
House No-13, Mishat Road, Peer wali, Chate No-9, Ibraheemabad, Saharanpur

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS: स्थायी आवासीय पता
As above

Preop Postop 0493 Bahau Ahmad

OCCUPATION: व्यवसाय: **laboury**

TOTAL ANNUAL INCOME: कुल वार्षिक आय: **66000**

MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित): MARRIED

PAN No. स्थायी आयकर संख्या: **NA** (Attach Proof of income) (आय का साक्ष्य संलग्न): **NA**

ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable): क्या आप आयकर देता हैं (जो प्राय्य हो उस पर सही का निशान लगायें): Yes (हाँ) / No (नहीं) No

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)	Mehrab Begam	56	F	WIFE
(2)	Fahad	30	M	Son
(3)	Fariyal Ahmad	27	M	Son
(4)	Fauhana	24	F	Daughter
(5)	Mauyiam	22	F	Daughter

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

<input type="checkbox"/> BPL Card (Attach Card Copy) गरीबों रखा के नीचे प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें)	<input type="checkbox"/> EWS Certificate (Attach Certificate Copy) कम आय वर्ग प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें)	<input checked="" type="checkbox"/> Ration Card (Attach Copy) उपभोगता कार्ड (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें)	<input type="checkbox"/> Any Other Basis/Proof अन्य कोई साक्ष्य
---	---	---	---

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

Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached अस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई प्रतिवेदन सूची संलग्न
(1)	Diagnosis - RB IMSC LE IMSC
(2)	Surgery - LE SICS + IOL

ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES इस उद्देश्य के हेतु कोई अन्य सहायता किसी अन्य स्रोत से लिया गया तो?

Sr. No. क्रम संख्या	NAME of OTHER SOURCE अन्य स्रोत का नाम	AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILED ली गई सहायता राशी
(1)	SCEH	

