



APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE सहायता हेतु आवेदन प्रारूप		(Healthcare) (स्वास्थ्य देखभाल)	 Koshika foundation Building block of life	
APPLICATION No. / आवेदन संख्या : C1022010496		APPLICATION DATE / आवेदन तिथि : 20-02-2020		
NAME of APPLICANT / आवेदक का नाम : Mahmuda		AGE-YEARS आयु-वर्ष : 60	SEX लिंग : F	
FATHER'S/SPOUSE'S NAME / पिता/कटुम्ब का नाम : Akhlok				
PRESENT RESIDENCE ADDRESS / वर्तमान आवास का पता : 303/1 Main, Ishrat vice mill, Yashwanth Sahakarapur, Sahakarapur, 17th Cross Pradesh 247001				
PERMANENT RESIDENCE ADDRESS / स्थायी आवास का पता : As above				
OCCUPATION / व्यवसाय : House Maker				
TOTAL ANNUAL INCOME / कुल वार्षिक आय : 55,000		(Attach Proof of Income) / (आय का सबूत संलग्न) : NA		
PAN No. / स्थायी खाता संख्या : NA		MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित) : <input checked="" type="checkbox"/>		
ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable) / क्या आप आय कर दाता हैं (जो मान्य हो उस पर घड़ी का चिह्न लगाएं) :		Yes / हाँ <input type="checkbox"/> No / नहीं <input checked="" type="checkbox"/>		
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 के साथ सम्बन्ध
(1)	Akhlok	65	M	Husband
(2)	Ahmar	32	M	Son
(3)	Ayesha	30	F	Daughter in law
(4)	Mustakeem	29	M	Son
(5)	Mahkasha	25	F	Daughter in law
(6)	Shajira	22	F	Daughter
(7)	Abdul Samad	5	M	Grand Son
BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable) / सहायता के लिए किये जा रहे हैं				
BPL Card (Attach Card Copy) / गरीबी रेशा के नीचे प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र को छाया प्रति संलग्न करें)	EWS Certificate (Attach Certificate Copy) / अन्य आय को प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र को छाया प्रति संलग्न करें)	<input checked="" type="checkbox"/> Ration Card (Attach Copy) / उपभोक्ता कार्ड (प्रमाण पत्र को छाया प्रति संलग्न करें)	Any Other Basis/Proof / अन्य कोई सबूत	
"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE / सहायता हेतु किये गये किये का उद्देश्य:				
Sr. No. / क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached / अस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई प्रतिवेदन सूची संलग्न			
(1)	Diagnosis - RE IMSC LE IMSC			
(2)	Surgery - LE SICC + IOL			
ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES / इस उद्देश्य के 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 / ली गई सहायता का राशि		
(1)	SCFH			

Preop Postop
0496mahmuda

