

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE

सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)

(स्वास्थ्य देखभाल)

Koshika
foundation

Building Block of life

APPLICATION No.: S/0822/156 (455/22)

APPLICATION DATE: 09/8/22

आवेदन संख्या:

आवेदन तिथि

NAME of APPLICANT: Mr. Nabab Khan

आवेदक का नाम

AGE-YEARS आयु-वर्ष

64

SEX लिंग

M

FATHER'S/SPOUSE'S NAME: Sher Ali

पिता/पत्न्य का नाम

PRESENT RESIDENCE ADDRESS वर्तमान आवास पता

F-3/180 Samangan Tibba N-2

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS स्थायी आवास पता

As Above



OCCUPATION: Tailor

व्यवसाय

MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)

TOTAL ANNUAL INCOME: Rs. 50,000/-

कुल वार्षिक आय

(Attach Proof of Income)

(आय का साक्ष्य संलग्न)

PAN No. लगाई रहता संख्या -

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

क्या आप आय कर दाता हैं (जो क्वच हो उस पर सही का चिह्न लगाये)

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 सम्बंध
01	Raqia	60	F	Wife
02	Hanif Khan	40	M	Son

BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable)

सहायता के लिये विवरण आधार

BPL Card (Attach Card Copy) गरीबी रेषा के नीचे प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र को जमा करी संलग्न करें)	EWS Certificate (Attach Certificate Copy) अल्प आय वर्ग प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र को जमा करी संलग्न करें)	Ration Card (Attach Copy) उपभोक्ता कार्ड (प्रमाण पत्र को जमा करी संलग्न करें)	Any Other Basis/Proof अन्य कोई साक्ष्य
--	--	--	--

"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE:

सहायता हेतु किये गये विवरण का उद्देश्य:

Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached अस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई प्रतिवेदन सूची संलग्न
	Diagnose - L6 Carcinoma
	5401 - L6 Phoro 2/0L

ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES

इस उद्देश्य के हेतु कोई अन्य सहायता किसी अन्य स्रोत से लिया गया हो?

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

