

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE
सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)
(स्वास्थ्य देखभाल)



APPLICATION No.: आवेदन संख्या: B10423/0051
APPLICATION DATE: आवेदन तिथि: 06/04/23

NAME of APPLICANT: आवेदक का नाम: Mangalamma
AGE-YEARS आयु-वर्ष: 65
SEX लिंग: F

FATHER'S/SPOUSE'S NAME: पिता/सहोदर का नाम: W/O Rajappa

PRESENT RESIDENCE ADDRESS वर्तमान आवासीय पता:
Kannegala, Chundalese Taluk,
Chamarajanagara District, Karnataka
PERMANENT RESIDENCE ADDRESS: स्थाई आवासीय पता:
Same as above



Preop Postop
0051 mangalamma

OCCUPATION: व्यवसाय: Home maker
MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित):

TOTAL ANNUAL INCOME: वार्षिक आय: (Attach Proof of Income)
(आय का साक्ष्य संलग्न करें)

AN No. स्थाई खाता संख्या:

ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable):
क्या आप आय कर दाता 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	Rajappa	50	M	Husband

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

BPL Card (Attach Card Copy) गरीबी रेषा के नीचे प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें):	EWS Certificate (Attach Certificate Copy) अल्प आय वर्ग प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें):	Ration Card (Attach Copy) उपभोग्य कार्ड (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें):	Any Other Basis/Proof अन्य कोई साक्ष्य
--	--	---	--

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

Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached अस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई प्रतिवेदन सूची संलग्न
1	Diagnosis RE Cataract LE - cataract
2	Surgery Rt - Cataract + IOL

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 ली गई सहायता राशि
1	DHS	2000/-

