

**APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE**  
सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)  
(स्वास्थ्य देखपाल)



APPLICATION No.: आवेदन संख्या : **B/0524/0168** APPLICATION DATE आवेदन तिथि: **01/5/24**

NAME of APPLICANT: आवेदक का नाम: **Ningamma** AGE-YEARS आयु-वर्ष: **70** SEX लिंग: **F**

FATHER'S/SPOUSE'S NAME: पिता/कटुम्भ का नाम: **w/ D Halalinguiah**

PRESENT RESIDENCE ADDRESS: वर्तमान अवस्थाय पता  
**M. Basavampur Village Nelamakaraha**

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS: स्थायी अवस्थाय पता  
**Kunigavale Hobli Malavalli Mandya, Karnataka**



pre op Post op  
0168 Ningamma

OCCUPATION: व्यवसाय: **unemployed** MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)

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

PAN No. स्थायी खाता संख्या

DO YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable): क्या आप आय का दाता हैं (जो मान्य हो उस पर सही का चिह्न लगायें) Yes / No हां / 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 से साध संबंध

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

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

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

Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached अस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई प्रतिवेदन सूची संलग्न
①	Diagnosis RE cataract LF cataract
②	Surgery R.E. cataract + P.I.O.L

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	DBCG	2000/-

