

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE  
सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)  
(स्वास्थ्य देखभाल)



APPLICATION No. आवेदन संख्या: B/0523/0216 APPLICATION DATE आवेदन तिथि: 19/05/2023

NAME of APPLICANT आवेदक का नाम: NINGARAJU AGE-YEARS आयु-वर्ष: 65 yrs SEX लिंग: M

FATHER'S/SPOUSE'S NAME पिता/सहस्र का नाम: g/o Kempaiah

PRESENT RESIDENCE ADDRESS वर्तमान आवासन पता: Dyavapatna, B.G.Pura Hobli, Malavalli Taluk, Mandya District, Karnataka  
PERMANENT RESIDENCE ADDRESS स्थायी आवासन पता: - Same as above -



OCCUPATION व्यवसाय: coolie MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित):  MARRIED

TOTAL ANNUAL INCOME कुल वार्षिक आय: 20,000/- (Attach Proof of Income) (आय का साक्ष्य संलग्न)

PAN No. आय का प्रमाण संख्या:                       
\*ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable): (आय कर दाता हैं / जो लागू हो उस पर सही का चिह्न लगाएं) Yes / No हां / नहीं  No

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.	Kamamma	56 yrs	F	wife
2.	Mahendra	37 yrs	M	son
3.	Hasshith Kumar	36 yrs	M	son

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

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

"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE:  
सहायता हेतु विनिर्दिष्ट उद्देश्य:

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

ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES  
इस उद्देश्य के हेतु कोई अन्य सहायता किसी अन्य स्रोत से लिये गयी है?

Sr. No. क्रम संख्या	NAME of OTHER SOURCE अन्य स्रोत का नाम	AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILED कौन सी सहायता लयी

