

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE

सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)

(स्वास्थ्य देखभाल)



APPLICATION No.

आवेदन संख्या

B/0523/0220

APPLICATION DATE

आवेदन तिथि

23/05/2023

NAME of APPLICANT

आवेदक का नाम

THIRUMALAI AH

AGE-YEARS

वर्ष-वर्ष

65 yrs

SEX

लिंग

M

FATHER'S/SPOUSE'S NAME

पिता/पत्नी का नाम

S/O Dasappa

PRESENT RESIDENCE ADDRESS

वर्तमान आवासीय पता

H.No. 14, K. Lakkihalli, Kanchalli Pesh,

Tiptur Taluk, Tumkur District, Karnataka

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS

स्थायी आवासीय पता

- Same as above -



Pre-op 0220 Thirumalaiah
Post-op

OCCUPATION

व्यवसाय

coolie

MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)

TOTAL ANNUAL INCOME

कुल वार्षिक आय

22,000/-

(Attach Proof of Income)

(आय का साक्ष्य प्रस्तुत करें)

PAN No.

सर्वोच्च न्यायालय संख्या

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

क्या आप आय कर दाता हैं (जो लागू हो उसे पर चिह्न का निशान लगाएं)

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 के साथ संबंध
/				

BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable)

सहायता के लिए विधि आधार

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

"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE

सहायता हेतु किसे वसे विनती का उद्देश्य:

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

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 राशि

