

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE
सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)
(स्वास्थ्य देखभाल)



APPLICATION No. / आवेदन संख्या : **B/0523/0235**

APPLICATION DATE / आवेदन तिथि : **24/05/2023**

NAME of APPLICANT / आवेदक का नाम : **PUTTA LINGAMMA**

AGE-YEARS / आयु वर्ष : **60yrs**
SEX / लिंग : **F**

FATHER'S/SPOUSE'S NAME / पिता/सहोदर का नाम : **w/o THIMME Gowda**



Pre-op 0235 Post-op Putta Lingamma

PRESENT RESIDENCE ADDRESS / वर्तमान आवासीय पता :
**Chinnara Doddi, Athaguru, Maddur Taluk,
Mandya District, Karnataka.**

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS / स्थायी आवासीय पता :
- Same as above -

OCCUPATION / व्यवसाय : **Home-Maker**

MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)

TOTAL ANNUAL INCOME / कुल वार्षिक आय : **22,000/-**

(Attach Proof of Income)
(आय का साक्ष्य संलग्न)

PAN No. / स्थायी खाता संख्या

ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable):
T आय कर दाता है (जो भन्ना हो उस पर सही का निशान लगावे):

Yes / No / हाँ / नहीं

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.	Thimme Gowda	75 yrs	M	Husband
2.	Venkatesha T	47 yrs	M	Son
3.	Hema	37 yrs	F	Daughter-in-law
4.	Bhavish Gowda V.	15 yrs	M	Grand Son
5.	Raksha V.	13 yrs	F	Grand Daughter

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

<input checked="" type="checkbox"/> BPL Card (Attach Card Copy) गरीबी रेशा के नीचे प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें)	<input type="checkbox"/> EWS Certificate (Attach Certificate Copy) अल्प आय वर्ग प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें)	<input checked="" type="checkbox"/> Ration Card (Attach Copy) उपभोग्य 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 विनर्ती का उद्देश्य:

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

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 राशी

