

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE
सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)
(स्वास्थ्य देखभाल)



APPLICATION No. : आवेदन संख्या : **B/0523/0237**

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

NAME of APPLICANT : आवेदक का नाम **CHIKKATHAYAMMA**

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

FATHER'S/SPOUSE'S NAME : पिता/सहस्र का नाम **w/o Basavaiah**



Pre-op 0237 Post-op Chikka Thayamma

PRESENT RESIDENCE ADDRESS वर्तमान आवासीय पता
**Seenappa Doddi Village, Keelaghatta, Koppa Hobli,
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 प्रस्तुत करें)

PAN No. : स्थायी खाता संख्या

ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable):
क्या आप करदाता हैं (जो सत्य हो उस पर सही का चिह्न 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
1.	Basavaiah	72 yrs	M	Husband
2.	Puttaswamy SB	40 yrs	M	Son

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

<input checked="" type="checkbox"/> BPL Card (Attach Card Copy) मरीची रेखा 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) उपभोगिता 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 किसी का उद्देश्य:

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

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

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

