

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE

सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)

(स्वास्थ्य देखभाल)



APPLICATION No. / आवेदन संख्या: **B/0523/0242**

APPLICATION DATE / आवेदन तिथि

NAME of APPLICANT / आवेदक का नाम: **BORAMMA**

AGE-YEARS आयु-वर्ष: **60 yss**

SEX लिंग: **F**

FATHER'S/SPOUSE'S NAME / पिता/पत्नी का नाम: **w/o Thimahegde**



Pre-op 0242 Post-op Boramma

PRESENT RESIDENCE ADDRESS / वर्तमान आवासीय पता: **Mahashnavami Doddi, Besagarahalli's 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: **20,000/-**

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

PAN No. / स्थायी खाता संख्या

ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable): आप आय कर दाता हैं (जो लागू 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.	Thimma Hegade	80 yss	M	Husband

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

<input checked="" type="checkbox"/> BPL Card (Attach Card Copy) गरीबी रेखा के नीचे प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें)	<input type="checkbox"/> EWS Certificate (Attach Certificate Copy) अन्य अन्य वर्ग प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें)	<input 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 विनोद का उद्देश्य:

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

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

