

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE

सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)

(स्वास्थ्य देखभाल)



APPLICATION No. / आवेदन संख्या: B0524/0335

APPLICATION DATE / आवेदन तिथि: 14/5/24

NAME of APPLICANT / आवेदक का नाम: Siddagangamma

AGE-YEARS / आयु-वर्ष: 55

SEX / लिंग: F

FATHER'S/SPOUSE'S NAME / पिता/ससुरा का नाम: N/O NINGAPPA

PRESENT RESIDENCE ADDRESS / वर्तमान आवासीय पता: Talkere, Tumkur Taluk, Kuvempu Taluk, Karnataka

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS: same as above



Pre-OP Post-OP 0335 Siddagangamma

OCCUPATION / व्यवसाय: Home maker

MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)

TOTAL ANNUAL INCOME / कुल वार्षिक आय: _____ (Attach Proof of Income) (आप का आय सतम्ब)

PAN No. / आयकर पहचान संख्या: _____

ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable): Yes / No
 क्या आप आय कर दाता हैं (जो सत्य हो उस पर सही का चिह्न लगाएं): हाँ / 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 किसी आधार

<input checked="" type="checkbox"/> BPL Card (Attach Card Copy) / गरीबी रेशन कार्ड के साथ प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें)	<input type="checkbox"/> EWS Certificate (Attach Certificate Copy) / आय और वर्ग प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें)	<input checked="" type="checkbox"/> Ration Card (Attach Copy) / उपभोक्ता कार्ड (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें)	<input type="checkbox"/> Any Other Basis/Proof / अन्य कोई साक्ष्य
---	---	--	---

"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE:
 सहायता हेतु किये गये चिकित्सी का उद्देश्य:

Sr. No. / क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached / अस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई प्रतिवेदन सूची संलग्न
<u>1</u>	<u>Diagnosis: RE cataract, LE cataract</u>
<u>Emergency: - RE cat + PCIC, LE cat + PCIC</u>	

ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES
 इस उद्देश्य के हेतु कोई अन्य सहायता किये 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 धरती
<u>1</u>	<u>DBCS</u>	<u>2000/-</u>

