

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE

सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)

(स्वास्थ्य देखभाल)



APPLICATION No. : आवेदन संख्या : N/0522/0391 APPLICATION DATE : आवेदन तिथि : 19/05/22

NAME of APPLICANT : आवेदक का नाम : Venkatamma AGE-YEARS आयु-वर्ष : 70 SEX लिंग : F

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

PRESENT RESIDENCE ADDRESS वर्तमान आवासीय पता : DyanaSandra, Santhehalli, Kolar District Karnataka

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS : स्थाई आवासीय पता : Same as above



Psc-Op Kof-Op. 0391 Venkatamma

OCCUPATION : व्यवसाय : Home maker

MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)

TOTAL ANNUAL INCOME : कुल वार्षिक आय : _____ (Attach Proof of Income) (आप का साक्ष्य संलग्न करें)

PAN No. स्थाई खाता संख्या

ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable): क्या आप आय कर दाता हैं (जो मान्य हो उस पर चिह्न का निशान लगाएं) Yes / No 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 सम्बन्ध |
|---------------------|--|-------------------------|-------------|--|
| 1 | <u>N Rajkumar</u> | <u>47</u> | <u>M</u> | <u>Son</u> |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |

BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable) सहायता के लिए विनती आधार

| | | | |
|---|---|--|--|
| <input 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) आय आय वर्ग इलाक 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 checked="" type="checkbox"/> Any Other Basis/Proof अन्य कोई साक्ष्य |
|---|---|--|--|

"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE: सहायता हेतु विनये गये विनती का उद्देश्य:

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

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 राशि |
|---------------------|--|--|
| 1 | <u>OBSCS</u> | <u>2,000/-</u> |
| | | |
| | | |

