

**APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE**  
सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)  
(स्वास्थ्य देखभाल)



APPLICATION No. : आवेदन संख्या : N/0622/0404

APPLICATION DATE : आवेदन तिथि : 1/06/22

NAME of APPLICANT : आवेदक का नाम : Devamma

AGE-YEARS आयु-वर्ष : 62  
SEX लिंग : F

FATHER'S/SPOUSE'S NAME : पिता/सहस्रवर्ग का नाम : w/o Gurulingapp



Pre op post op  
0404 Devamma

PRESENT RESIDENCE ADDRESS : वर्तमान आवासीय पता : Hasaguli, Gundlupete Taluku

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS : स्थायी आवासीय पता : Chamaraingarana District, Karnataka

- Same as above -

OCCUPATION : व्यवसाय : Home maker

MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित) :  MARRIED

TOTAL ANNUAL INCOME : कुल वार्षिक आय : 25000/-

(Attach Proof of Income)  
(आप का आय प्रमाण)

PAN No. : नयाँ खाता संख्या

ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable):  
क्या आप आय कर दाता हैं (जो मान्य हो उस पर सही का चिह्न लगाएं)

Yes / No  
हां / नहीं :  No

**FAMILY DETAILS** परिवार विवरण

| Sr. No.<br>क्रम संख्या | Name of Family Member<br>परिवार के सदस्यों का नाम | Age (Years)<br>उम्र (वर्ष) | Gender<br>लिंग | Relation with Applicant<br>आवेदक के साथ संबंध |
|------------------------|---|----------------------------|----------------|---|
| 1                      | Maheesh   | 47                         | M              | Son   |
|                        |   |                            |                |   |
|                        |   |                            |                |   |
|                        |   |                            |                |   |
|                        |   |                            |                |   |

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

|   |  |  |  |
|---|--|--|--|
| <input checked="" type="checkbox"/> BPL Card<br>(Attach Card Copy)<br>गरीबी रेखा के नीचे प्रमाण पत्र<br>(प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें) | <input type="checkbox"/> EWS Certificate<br>(Attach Certificate Copy)<br>अल्प आय वर्ग प्रमाण पत्र<br>(प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें) | <input checked="" type="checkbox"/> Ration Card<br>(Attach Copy)<br>उपभोग्य कार्ड<br>(प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें) | <input type="checkbox"/> Any Other Basis/Reason<br>अन्य कोई कारण |
|---|--|--|--|

**"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE:**  
सहायता हेतु किसे क्या विधि का उद्देश्य:

| Sr. No.<br>क्रम संख्या | Medical Reports/Prescriptions Attached<br>अस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई प्रतिवेदन सूची संलग्न |
|------------------------|--|
| 1                      | Diagnosis RE Cataract<br>LE Cataract   |
| 2                      | Surgery RE Cataract + P.C.T.O.L  |
|                        |  |
|                        |  |

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

| Sr. No.<br>क्रम संख्या | NAME of OTHER SOURCE<br>अन्य स्रोत का नाम | AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILED<br>की गई सहायता राशि |
|------------------------|---|---|
| 1                      | D.B.S                                     | 2000/-  |
|                        |   |   |
|                        |   |   |

