

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE
सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)
(स्वास्थ्य देखभाल)



APPLICATION No. : आवेदन संख्या :	N/0622/0406	APPLICATION DATE : आवेदन तिथि	1/06/22
NAME of APPLICANT : आवेदक का नाम	Nagamma	AGE-YEARS आयु-वर्ष	60
		SEX लिंग	F
FATHER'S/SPOUSE'S NAME : पिता/पत्न्या का नाम	w/o Babappa		
PRESENT RESIDENCE ADDRESS : वर्तमान आवासीय पता			
Madahalli, Gundlupete,			
Chamarajanagara 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) (आय का साक्ष्य संलग्न)
PAN No. : स्थायी खाता संख्या			
ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable): क्या आप आय कर दाता हैं (जो लागू हो उस पर सही का चिह्न लगाएं)			
Yes / No हां / नहीं			<input checked="" type="checkbox"/>



Pre op Post op
0406 Nagamma

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 से क्या सम्बन्ध
1				

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

<input checked="" type="checkbox"/> BPL Card (Attach Card Copy) भारतीय रेखा के नीचे प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें)	<input type="checkbox"/> EWS Certificate (Attach Certificate Copy) आय 20000 तक प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें)	<input checked="" type="checkbox"/> Ration Card (Attach Copy) रूखी-रूखा कार्ड (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें)	<input type="checkbox"/> Any Other (Best/Proof) अन्य कोई साक्ष्य
--	---	--	--

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

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

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 सी पर सहायता राशि
1	D.B.C.S	2000/-

