

Muyasandra



**APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE (Healthcare)**  
 सहायता हेतु आवेदन प्रारूप (स्वास्थ्य देखभाल)

APPLICATION No. : N/0622/0436  
 आवेदन संख्या : N/0622/0436

APPLICATION DATE : 3/06/22  
 आवेदन तिथि : 3/06/22

NAME of APPLICANT : Kempamma  
 आवेदक का नाम : Kempamma

AGE-YEARS आयु-वर्ष : 81  
 SEX लिंग : F

FATHER/S-SPOUSE'S NAME : w/o Kempegowda  
 पिता/कटुपथ का नाम : w/o Kempegowda



Pre OP post OP  
 04/36 Kempamma

PRESENT RESIDENCE ADDRESS : वर्तमान आवासीय पता  
 Pibba Kasaba hobli turuvekere taluku Tumkur

District : Karnataka

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS : स्थायी आवासीय पता  
 Same as above

OCCUPATION : Home maker

MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)

TOTAL ANNUAL INCOME : (Attach Proof of Income)  
 वार्षिक आय (आय का साक्ष्य प्रस्तुत करें)

PAN No. : (आय कर का साक्ष्य प्रस्तुत करें)

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

**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	Raveesh gowth	46	M	Son

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

<input type="checkbox"/> BPL Card (Attach Card Copy) गरीबी रेषा के नीचे प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें)	<input type="checkbox"/> EWS Certificate (Attach Certificate Copy) अल्प आय वर्ग प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें)	<input checked="" type="checkbox"/> Ration Card (Attach Copy) उपभोग्यता 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 पत्रे विनयी 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 + PCIO

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

Sr. No. क्रम संख्या	NAME of OTHER SOURCE अन्य स्रोत का नाम	AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILED जो यह सहायता रखी
1	DBCS	2000/-

