

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE

सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)

(स्वास्थ्य देखभाल)



APPLICATION No. / आवेदन संख्या: N/0622/0447 APPLICATION DATE: / आवेदन तिथि: 3/06/22

NAME of APPLICANT: / आवेदक का नाम: Jayamma AGE-YEARS: / आयु-वर्ष: 75 SEX: / लिंग: F

FATHER'S/SPOUSE'S NAME: / पिता/सहोदर का नाम: o/o Kampegowda

PRESENT RESIDENCE ADDRESS: / वर्तमान आवासीय पता: K. Ganganahalli, Aramalenahalli, Dabbehotta

Hobli: / तालुका: Halukere Taluk, Tumkur District, Karnataka

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS: / स्थायी आवासीय पता: Same as above



PRE OP: 0447 POST OP: Jayamma

OCCUPATION: / व्यवसाय: Home maker MARRIED: / विवाहित: UNMARRIED: / अविवाहित:

TOTAL ANNUAL INCOME: / कुल वार्षिक आय: --- (Attach Proof of Income) / (आय का प्रमाण संलग्न करें)

PAN No. / आय का स्रोत संख्या: ---

ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable): / क्या आप आय का दाता हैं (को मान्य हो उस पर सही का चिह्न लगाएं): Yes / No: No

FAMILY DETAILS / परिवार विवरण

Sr. No. / क्रम संख्या	Name of Family Member / परिवार के सदस्य 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 लिये विनीत आधार

<input type="checkbox"/> BPL Card (Attach Card Copy) / राष्ट्रीय रेशा के नीचे प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें)	<input type="checkbox"/> EWS Certificate (Attach Certificate Copy) / आय आय 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 checked="" type="checkbox"/> Any Other Basis/Proof / अन्य कोई प्रमाण
---	---	--	---

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

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

ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES / इस उद्देश्य के हेतु कोई अन्य सहायता किन्हीं अन्य स्रोत से लिये गये हैं।

Sr. No. / क्रम संख्या	NAME of OTHER SOURCE / अन्य स्रोत का नाम	AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILED / की गई सहायता राशि
1	<u>DBCS</u>	<u>2,000/-</u>

