

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE
सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)
(स्वास्थ्य देखभाल)



APPLICATION No : N/0622/0461 APPLICATION DATE : 3/6/22
आवेदन क्रमांक : आवेदन तिथि

NAME of APPLICANT : Thimmamma AGE-YEARS जन्म-वर्ष : 52 SEX लिंग : F
आवेदक का नाम

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

PRESENT RESIDENCE ADDRESS : Malladennahalli, mayasandra hobli, Halekote taluka
Hunkur district Karnataka
वर्तमान आवासीय पता

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS : Same as above
स्थायी आवासीय पता



Pre op Post op
0461 Thimmamma

OCCUPATION : Codic
व्यवसाय

MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)

TOTAL ANNUAL INCOME : 32,000/-
कुल वार्षिक आय
(Attach Proof of Income)
(आय का साक्ष्य संलग्न)

PAN No. : Blank
व्याज कर पहचान संख्या

ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable):
क्या आप आय कर दाता हैं (को मध्य हो उस पर खींचो का चिह्न लगाये):
Yes / No हाँ / नहीं हाँ

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	M.R. Marjamma	38	M	Son

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

<input type="checkbox"/> BPL Card (Attach Card Copy) सर्वोच्च रेटा 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) रूपांतरण 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 किए गए विवरण 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 LE-Cataract + PCICL

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

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

