

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE

सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)

(स्वास्थ्य देखभाल)



APPLICATION No.: N/0622/0462 APPLICATION DATE: 3/6/22
 आवेदन संख्या: आवेदन तिथि

NAME of APPLICANT: Ambikamma AGE-YEARS: 66 SEX: F
 आवेदक का नाम आयु-वर्ष लिंग

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

PRESENT RESIDENCE ADDRESS: rnuahin Kuleni, Thalake post, Kasaba hobli trawakose
 वर्तमान आवासीय पता

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS: Same as above
 स्थायी आवासीय पता

OCCUPATION: Coolie MARRIED (विवहित) / UNMARRIED (अविवाहित)
 व्यवसाय

TOTAL ANNUAL INCOME: 28,000/- (Attach Proof of Income)
 वार्षिक आय (आय का साक्ष्य संलग्न)

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

FAMILY DETAILS: Ramesh P.M. 22 M Son

BASIS for REQUESTING ASSISTANCE: BPL Card, EWS Certificate, Ration Card, Any Other Basis/Proof

"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE: Diagnosis, RE-Cataract + PCIO

ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES: DRCs 21000/-



Sr. No.	Name of Family Member	Age (Years)	Gender	Relation with Applicant
1	Ramesh P.M	22	M	Son
Basis for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable)				
BPL Card (Attach Card Copy)		EWS Certificate (Attach Certificate Copy)		Ration Card (Attach Copy)
गरीबी रक्षा के नीचे प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र को छाया प्रति संलग्न करें)		आय आय वर्ग प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र को छाया प्रति संलग्न करें)		रूपांतरण कार्ड (प्रमाण पत्र को छाया प्रति संलग्न करें)
Any Other Basis/Proof				
"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE:				
सहायता हेतु किसे पत्र विनोद का उद्देश्य:				
Sr. No.	Diagnosis	Medical Reports/Prescriptions Attached		
1	Diagnosis	RE-Cataract, LE-Cataract		
2	Diagnosis	RE-Cataract + PCIO		
ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES				
इस उद्देश्य को हेतु कौन अन्य सहायता किसी अन्य स्रोत से लिया गया है?				
Sr. No.	NAME of OTHER SOURCE	AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILED		
1	DRCs	21000/-		

