

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE

सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)

(स्वास्थ्य देखभाल)



APPLICATION No: **N/0622/0463**

APPLICATION DATE: **3/06/22**

NAME of APPLICANT: **Ramaiah**

AGE-YEARS: **70** SEX: **F**

FATHER'S/SPOUSE'S NAME: **S/o Bettalingaiah**



Preop **0463** Post op **Ramaiah**

PRESENT RESIDENCE ADDRESS: **Kotiadigere, maverkese post, Dabbajatta hobli**

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS: **Tianvekere taluku tumkur district Karnataka**

Same as above

OCCUPATION: **Home maker**

MARRIED (विधवा) UNMARRIED (अविधवा)

TOTAL ANNUAL INCOME: **—**

(Attach Proof of Income) (आय का सबूत संलग्न)

PAN No. क्याई खाता संख्या
ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable): **Yes / No**
आप आय कर दाता हैं (जो मध्य हो उस पर सही का चिह्न लगाएं): **हाँ / नहीं**

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	Dinesh	60	M	Son

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

<input type="checkbox"/> BPL Card (Attach Card Copy) गरीबी रेखा के नीचे प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की प्रतिलिपि संलग्न करें)	<input type="checkbox"/> EWS Certificate (Attach Certificate Copy) आय आय वर्ग प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की प्रतिलिपि संलग्न करें)	<input checked="" type="checkbox"/> Ration Card (Attach Copy) उपभोक्ता कार्ड (प्रमाण पत्र की प्रतिलिपि संलग्न करें)	<input type="checkbox"/> Any Other Basis/Proof अन्य कोई सबूत
----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	--------------------------------------------------------------

"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE:
सहायता हेतु विधि गरीब विधवा का उद्देश्य:

Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached अस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई प्रतिकेन सूची संलग्न
1	Diagnostics RE-Cataract LE-Cataract
2	Surgery LE-Cataract + Pciol.

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

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

