

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE
सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)
(स्वास्थ्य देखभाल)



APPLICATION No. / आवेदन संख्या: N/0622/0477 APPLICATION DATE: / आवेदन तिथि: 3/06/22

NAME of APPLICANT / आवेदक का नाम: Jayakumar AGE-YEARS / आयु-वर्ष: 59 SEX / लिंग: M

FATHER'S/SPOUSE'S NAME / पिता/पत्न्य का नाम: s/o Siddanarajiah

PRESENT RESIDENCE ADDRESS / वर्तमान आवासीय पता: mugalsan mayasandra hobli, +560086 taluku

tumkur District Karnataka

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS / स्थाई आवासीय पता: Same as above



Pre op Post op
0477 Jayakumar

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

TOTAL ANNUAL INCOME / कुल वार्षिक आय: 30,000/- (Attach Proof of Income) (आय का साक्ष्य संलग्न)

PAN No. / सर्वोच्च सुदत संख्या

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

BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable) / सहायता के लिये विधि अथवा

<input type="checkbox"/> BPL Card (Attach Card Copy) / गरीबी 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) / उपभोजन 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 किसे लगे बिमारी का उद्देश्य:

Sr. No. / क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached / अस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई इतिवृत्त सूची संलग्न
1	Diagnosis: RE-Cataract, LE-Cataract
2	Surgery: RE-Cataract + PCICL

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 / ली गई सहायता राशी
1	DRC	2,000/-

