

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE
सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)
(स्वास्थ्य देखभाल)



APPLICATION No. / आवेदन संख्या: N/0622/0480 APPLICATION DATE / आवेदन तिथि: 3/06/22

NAME OF APPLICANT / आवेदक का नाम: T D Daddanarasiah AGE-YEARS / आयु-वर्ष: 70 SEX / लिंग: M

FATHER'S/SPOUSE'S NAME / पिता/सहस्रवधु का नाम: S/o Daddanarasimiah

PRESENT RESIDENCE ADDRESS / वर्तमान आवासीय पता: Thigalasa Street Tharvekere taluku Tumkur District Karnataka

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS / स्थायी आवासीय पता: Same as above



File no 0480 Part of T.D.Daddanarasiah

OCCUPATION / व्यवसाय: unemployed MARRIED / UNMARRIED (विवहित) / (अविवहित): /

TOTAL ANNUAL INCOME / कुल वार्षिक आय: — (Attach Proof of income) / (आय का सबूत प्रस्तुत करें)

PAN No. / आय का पहचान संख्या: —

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

FAMILY DETAILS / परिवार विवरण

| Sr. No. / क्रम संख्या | Name of Family Member / परिवार के सदस्य का नाम | Age (Years) / आयु (वर्ष) | Gender / लिंग | Relation with Applicant / आवेदक के साथ संबंध |
|-----------------------|--|--------------------------|---------------|--|
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |

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

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

"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE / सहायता हेतु लिये गये किसी का उद्देश्य:

| Sr. No. / क्रम संख्या | Medical Reports/Prescriptions Attached / अस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई प्रतिवेदन/पुर्ची संलग्न |
|-----------------------|---|
| <u>1</u> | <u>Diagnosis RE-Cataract LE-Cataract</u> |
| <u>2</u> | <u>Surgery RE-Cataract + PCOL</u> |
| | |
| | |
| | |
| | |

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

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

