

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE
सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)
(स्वास्थ्य देखभाल)



APPLICATION No. : 3052410481

APPLICATION DATE : 22/5/24

NAME of APPLICANT : Chikkona

AGE-YEARS : 60

SEX : M

FATHER'S/SPOUSE'S NAME : Slo motigowda

PRESENT RESIDENCE ADDRESS : maraganeni, Abalavodi, mandya district

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS : K.R. natuka



Proof Post of our Chikkona

OCCUPATION : coolie

MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)

TOTAL ANNUAL INCOME : 10,000/-

(Attach Proof of Income) (आप का आय प्रमाण)

ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable): Yes / No हा / नहीं

FAMILY DETAILS - परिवार विवरण				
Sr. No. क्रम संख्या	Name of Family Member परिवार के सदस्य का नाम	Age (Years) उम्र (वर्ष)	Gender लिंग	Relation with Applicant आवेदक के साथ सम्बन्ध
1	Shanthamma	34	F	wife
2	Rajesh	35	M	S.O.

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

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

"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE: सहायता हेतु किसे गरीब विवृति का उद्देश्य:

Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached अस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई प्रतिवेदन सूची संलग्न
1	Diagnosis: RECORDED NE CONTRACT Summary: NE CONTRACT P/101

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 ली गई सहायता राशि
1	DICS	2000/-

