

**APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE**  
सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)  
(स्वास्थ्य देखभाल)



APPLICATION No. : आवेदन संख्या : N/0622/0498 APPLICATION DATE : आवेदन तिथि : 7/06/22

NAME of APPLICANT : आवेदक का नाम : Laxmamma AGE-YEARS आयु-वर्ष : 60 SEX लिंग : F

FATHER'S/SPOUSE'S NAME : पिता/पत्न्या का नाम : w/o Javanarayishetty

PRESENT RESIDENCE ADDRESS : वर्तमान आवासीय पता  
# 6th Keshathi hobli puzh, Thaggaballi mandya  
Distric Karnataka

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS : स्थायी आवासीय पता  
Same as above



Preop Postop  
0498 Laxmamma

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

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

PAN No. : स्वयं का PAN संख्या

ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable): क्या आप आय का 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 सदस्यों का नाम	Age (Years) उम्र (वर्ष)	Gender लिंग	Relation with Applicant आवेदक के साथ सम्बन्ध
1	<u>Sathish J</u>	<u>35</u>	<u>M</u>	<u>Son</u>

**BASIS for REQUESTING ASSISTANCE** (Tick whichever is applicable)  
सहायता के लिये चिह्न लगाएं

<input type="checkbox"/> BPL Card (Attach Card Copy) गरीबी रेशू के नीचे प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें)	<input type="checkbox"/> EWS Certificate (Attach Certificate Copy) आय आय को प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें)	<input checked="" type="checkbox"/> Ration Card (Attach Copy) उपभोक्ता 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 किये गये विनती का उद्देश्य:

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

**ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES**  
इस उद्देश्य के हेतु कोई अन्य सहायता किसी अन्य स्रोत से लिये गए हैं?

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

