

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE

सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)

(स्वास्थ्य देखभाल)



APPLICATION No. / आवेदन संख्या: **B/6623/0499**

APPLICATION DATE / आवेदन तिथि: **13/6/23**

NAME of APPLICANT / आवेदक का नाम: **Mahadevamma**

AGE-YEARS / आयु-वर्ष: **60**

SEX / लिंग: **F**

FATHER'S/SPOUSE'S NAME / पिता/सहोदर का नाम: **D/o Siddappa**



Preop 0499 Mahadevamma
Postop

PRESENT RESIDENCE ADDRESS / वर्तमान आवासीय पता:
Padgar Chamrajanagar Karnataka

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS / स्थायी आवासीय पता:
Same as above

OCCUPATION / व्यवसाय: **Home maker**

MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित): MARRIED

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

PAN No. / स्थायी खाता संख्या

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

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
/				

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

<input checked="" 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) उपभोग्य कार्ड (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें)	<input type="checkbox"/> Any Other Basis/Proof अन्य कोई साक्ष्य
---	--	--	--

"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE
सहायता हेतु किये गये विवरीत का उद्देश्य:

Sr. No. / क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached / अस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई प्रतिवेदन सूची संलग्न
1)	Diagnosis PE Cataract LE Cataract
2)	Surgery LE Cataract + P.Chol

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 / जो गई सहायता राशि
1)	DRCS	2000/-

