

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE
सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)
(स्वास्थ्य देखभाल)



APPLICATION No. : N/0622/0509 APPLICATION DATE : 8/06/22

NAME of APPLICANT : Ramappa AGE-YEARS : 70 SEX : M

FATHER'S/SPOUSE'S NAME : Munivendatappa

PRESENT RESIDENCE ADDRESS : Asani mulbagale taluk Rolar District
Karmatuba

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS : Same as above



Preop Postop
0509 Ramappa

OCCUPATION : Coalic MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)

TOTAL ANNUAL INCOME : 28,000/- (Attach Proof of Income)
(आप का सक्षम प्रमाण)

PAN No. : म्याडू छाना मरुवा

ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable): Yes / No
हैं / 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 संबंध
1	Kirthi R	31	F	Daughter
2	pavithra R	28	F	Daughter

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

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

"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE:
सहायता हेतु विवेचन करने वाले कारण का उद्देश्य:

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

ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES
इस उद्देश्य के हेतु कहीं 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 होने पर सहायता राशी
1	DBCS	2,000/-

