

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE

सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)

(स्वास्थ्य देखभाल)



APPLICATION No. : N/0622/0516 APPLICATION DATE : 8/06/22
 आवेदन संख्या : आवेदन तिथि

NAME of APPLICANT : Gattappa AGE-YEARS : 70 SEX : M
 आवेदक का नाम आयु-वर्ष लिंग

FATHER'S/SPOUSE'S NAME : s/o munappa
 पिता/सहोदर का नाम

PRESENT RESIDENCE ADDRESS : Hebbani mulbagal taluku Kaber district
 वर्तमान आवासीय पता
 Karnataka

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS : Same as above
 स्थायी आवासीय पता



post op post op
0510 Gattappa

OCCUPATION : Coolie MARRIED (निवर्तित) / UNMARRIED (अनिवर्तित)

TOTAL ANNUAL INCOME : 28,000/- (Attach Proof of Income)
 कुल वार्षिक आय (आप का खर्च बोलें)

PAN No. :
 आय का पहलू संख्या

ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable):
 क्या आप आय का दाता हैं (जो लागू हो उस पर 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	G. magjunatha	33	M	Son

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

BPL Card (Attach Card Copy) गरीबी रेशम के नीचे अपना पत्र (प्रमाण पत्र की छाया प्रती संलग्न करें)	EWS Certificate (Attach Certificate Copy) अल्प आय वर्ग प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की छाया प्रती संलग्न करें)	Rajjan Card (Attach Copy) राज्यभरता कार्ड (प्रमाण पत्र की छाया प्रती संलग्न करें)	Any Other Basis/Proof अन्य कोई साधन
---	---	--	---

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

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

ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES
 इस उद्देश्य के हेतु कोई अन्य सहायता कियी अन्य स्रोत से मिल चुकी है?

Sr. No. क्रम संख्या	NAME of OTHER SOURCE अन्य स्रोत का नाम	AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILED सी गई सहायता राशि
1	DBCS	2,000/-

