

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

(Healthcare)  
(स्वास्थ्य देखभाल)



APPLICATION No. / आवेदन संख्या: **B/0525/0667** APPLICATION DATE / आवेदन तिथि: **23/5/25**

NAME of APPLICANT / आवेदक का नाम: **Boregonda** AGE-YEARS आयु-वर्ष: **67** SEX लिंग: **M**

FATHER'S/SPOUSE'S NAME / पिता/कटुम्ब का नाम: **S/o Sanna**

PRESENT RESIDENCE ADDRESS / वास्तुन आवासीय पता: **Bommanayal Kanakatti Naganurpala (A) mandya (D) Karnataka**  
PERMANENT RESIDENCE ADDRESS / स्थाई आवासीय पता: **-----**



OCCUPATION / व्यवसाय: **unemployed** MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित):  /

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

PAN No. / स्थाई खाता संख्या

ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable):  Yes /  No  
क्या आप आय कर दाता हैं (जो लागू हो उस पर सही का निशान लगायें):  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 से संबंध
01	Jalithamma	02	F	Wife

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

<input checked="" type="checkbox"/> BPL Card (Attach Card Copy) गरीबी रेशा के नीचे प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें)	<input type="checkbox"/> EWS Certificate (Attach Certificate Copy) अन्य आय वर्ग 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 विनोद का उद्देश्य:

Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached अस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई प्रतिवेदन सूची संलग्न
06	Diagnosis - RE - cataract LE - cataract
07	Surgery - LE - cataract + pscid

**ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES**  
इस उद्देश्य को हेतु कोई अन्य सहायता किसी अन्य स्रोत से लिया गया है?

Sr. No. क्रम संख्या	NAME of OTHER SOURCE अन्य स्रोत का नाम	AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILED ली गई सहायता राशि
14	DBCS	2000/-

