

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE  
सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)  
(स्वास्थ्य देखभाल)



APPLICATION No.: आवेदन संख्या: **B/0823/0802**

APPLICATION DATE: आवेदन तिथि: **3/8/23**

NAME of APPLICANT: आवेदक का नाम: **Jagadeesh**

AGE-YEARS आयु-वर्ष: **74** SEX लिंग: **M.**

FATHER/SPOUSE'S NAME: पिता/पत्नी का नाम: **S/o Chandrayaiah**

PRESENT RESIDENCE ADDRESS: वर्तमान आवासीय पता: **Kumbhara Street Ward - 5.**

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS: स्थायी आवासीय पता: **Chandrapete Taluk Channarayana District**

**- same as above -**



pre op post op  
0802 Jagadeesh

OCCUPATION: व्यवसाय: **cookie**

MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित):  MARRIED

TOTAL ANNUAL INCOME: कुल वार्षिक आय: **28,000/-**

(Attach Proof of Income) (आय का सबूत संलग्न करें)

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

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
/				

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

BPL Card (Attach Card Copy) गरीबी रेषा के नीचे प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें) <input checked="" type="checkbox"/>	EWS Certificate (Attach Certificate Copy) आय आय वर्ग प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें) <input type="checkbox"/>	Ration Card (Attach Copy) उपभोग कार्ड (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें) <input checked="" type="checkbox"/>	Any Other Basis/Proof अन्य कोई साक्ष्य <input checked="" type="checkbox"/>
--	---	---	--

"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE: सहायता हेतु किसे लिये विनियत का उद्देश्य:

Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached अस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई प्रतिवेदन सूची संलग्न
①	Diagnosis RE cataract LE cataract
②	surgery LE cataract + PCIOL

ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES इस उद्देश्य के हेतु कोई 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 स्वी गई सहायता राशि
①	ABC S	2000/-

