

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

(Healthcare)  
(स्वास्थ्य देखभाल)



APPLICATION No. / आवेदन संख्या: B/823/0821 APPLICATION DATE / आवेदन तिथि: 04/08/2023

NAME of APPLICANT / आवेदक का नाम: Ningamma AGE-YEARS / आयु-वर्ष: 68 SEX / लिंग: F

FATHER'S/SPOUSE'S NAME / पिता/पत्नी का नाम: w/o Honnegowda

PRESENT RESIDENCE ADDRESS / वर्तमान आवासीय पता  
May Sandra Taluk May Sandra post Turukere Mangasandra Tumkur Kannabala

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS / स्थायी आवासीय पता  
Same as above



Preop Postop  
0821 Ningamma

OCCUPATION / व्यवसाय: Home maker MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित):  /

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

PAN No. / स्थायी खाता संख्या: —

ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable): / क्या आप आय का दाता हैं (जो लागू हो उस पर चिह्न का निशान 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 संबंध
<u>1)</u>	<u>Gangadhar</u>	<u>M 21</u>	<u>M</u>	<u>Son</u>

**BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable) / सहायता के लिए विद्यमान आधार**

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

**"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE: / सहायता हेतु किये गये निशानों का उद्देश्य:**

Sr. No. / क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached / अस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई प्रतिवेदन सूची संलग्न
<u>1)</u>	<u>Diagnosis</u> <u>RE cataract</u> <u>LE cataract</u>
<u>2)</u>	<u>Surgery</u> <u>RE cataract + PCOL</u>

**ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES / इस उद्देश्य के 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 धरती
<u>1)</u>	<u>DBCS</u>	<u>2000/-</u>

