

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE
सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)
(स्वास्थ्य देखभाल)



Preop Postop
0833 Khalalabund

APPLICATION No. : 6/0823/0833 APPLICATION DATE : 04/08/23
 NAME of APPLICANT : Khalil Phameed AGE-YEARS : 65 SEX : M
 FATHER'S/SPOUSE'S NAME : S/o Khalil Phameed
 PRESENT RESIDENCE ADDRESS : Dasballi mayasandha babli Torukere Taluk
 PERMANENT RESIDENCE ADDRESS : Same as above

OCCUPATION : Coolie MARRIED (विधवा) / UNMARRIED (अविवाहित)
 TOTAL ANNUAL INCOME : 28,000/- (Attach Proof of Income)
 PAN No. : [Blank]

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

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

BPL Card (Attach Card Copy) गरीबी रेखा के नीचे प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें)	EWS Certificate (Attach Certificate Copy) अल्प आय वर्ग प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें)	Ration Card (Attach Copy) उपभोक्ता कार्ड (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें)	Any Other Basis/Proof अन्य कोई साधन
---	---	---	---

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

Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached अस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई प्रतिवेदन सूची संलग्न
1)	Diagnosis BS cataract LE cataract
2)	Surgery LE cataract + PC Pol

ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES
इस उद्देश्य के हेतु कोई अन्य सहायता किसी अन्य स्रोत से लिये गया हो?

Sr. No. क्रम संख्या	NAME of OTHER SOURCE अन्य स्रोत का नाम	AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILED लगे गए सहायता राशी
1)	DACS	2000/-

