

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE

सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)

(स्वास्थ्य देखभाल)



APPLICATION No. / आवेदन संख्या :

B/0823/0835

APPLICATION DATE / आवेदन तिथि

04/08/2023

NAME of APPLICANT / आवेदक का नाम

Doddarah

AGE-YEARS आयु-वर्ष

68

SEX लिंग

M

FATHER'S/SPOUSE'S NAME / पिता/कटुथ का नाम

S/o Venkatarah

PRESENT RESIDENCE ADDRESS / वर्तमान आवासीय पता

39 Kanakuru, Farukere Taluk

Tumkur District, Karnataka

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS / स्थायी आवासीय पता

Same as above



Preop 0835

Postop Doddarah

OCCUPATION / व्यवसाय

Coolie

MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)

TOTAL ANNUAL INCOME / कुल वार्षिक आय

28,000

(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 कर दाता हैं (जो वांछित हो उस पर चक्रों का चिह्न लगाएं)

Yes / No
हां / 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 विहित आधार

| | | | |
|--|---|---|--|
| <input checked="" type="checkbox"/> BPL Card (Attach Card Copy) / गरीबी रेखा 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 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 गए विवरणों का उद्देश्य:

| Sr. No. / क्रम संख्या | Medical Reports/Prescriptions Attached / अस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई प्रतिवेदन सूची संलग्न |
|-----------------------|---|
| 1) | Diagnosis BE cathart LE cathart |
| 2) | Surgery LE cathart + PCRAL |

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 राशी |
|-----------------------|--|--|
| 1) | OBCS | 2000/- |

