

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE (Healthcare)		(सहायता हेतु आवेदन प्रारूप)		(स्वास्थ्य देखभाल)	
APPLICATION No. : <u>B/0625/0856</u>		APPLICATION DATE : <u>13/6/25</u>			
NAME of APPLICANT : <u>Chandramma</u>		AGE-YEARS <u>65</u>		SEX <u>F</u>	
FATHER'S/SPOUSE'S NAME : <u>Ramachandrasiah</u>					
PRESENT RESIDENCE ADDRESS : <u>Palga, Tumkur, Karnataka</u>					
PERMANENT RESIDENCE ADDRESS : <u>—</u>					
OCCUPATION : <u>Homemaker</u>			MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)		
TOTAL ANNUAL INCOME : <u>—</u>			(Attach Proof of Income)		
PAN No. <u>—</u>			(आप का उक्त संपत्ति)		
DO YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable): Yes / No					
आप आय कर भरते हैं (को 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	
1.	Ramachandrasiah	65	M	Husband	
BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable)					
सहायता के लिये विनियमित आधार					
BPL Card (Attach Card Copy) गरीबी रेशा के नीचे प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें)		EWS Certificate (Attach Certificate Copy) आय 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 साक्ष्य	
"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE:					
सहायता हेतु किये गये विनियमित उद्देश्य:					
Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached अस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई प्रतिवेदन सूची संलग्न				
1.	Diagnosis <u>KE - Cataract</u> <u>LE - Cataract</u>				
2.	Surgery <u>LE - Cat + PCIO</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 राशी		
1.	DBCS		2000/-		

