

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE
सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)
(स्वास्थ्य देखभाल)



APPLICATION No. : आवेदन संख्या : Blo 24/1021 APPLICATION DATE : आवेदन तिथि 25/7/24

NAME of APPLICANT : आवेदक का नाम : Ervin daiah AGE-YEARS आयु-वर्ष : 55 SEX लिंग : M

FATHER'S/SPOUSE'S NAME : पिता/सहोदर का नाम : Sto Neelappa

PRESENT RESIDENCE ADDRESS : वर्तमान आवासीय पता
Ka. R. Gowda Masthodi, Tungani, Ramnagar, Karnataka

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS : स्थाई आवासीय पता
11



post OP
1021
Ervin daiah

OCCUPATION : व्यवसाय : coolie MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित) : UNMARRIED

TOTAL ANNUAL INCOME : कुल वार्षिक आय : 10,000/- (Attach Proof of Income) (आय का साक्ष्य संलग्न)

PAN No. : स्थाई खाता संख्या

ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable): क्या आप आय कर दाता हैं (जो मान्य हो उस पर सही का विकल्प 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
①	Lakshamma	54	F	nurse

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

BPL Card (Attach Card Copy) गरीबी रेषा 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 विनती का उद्देश्य:

Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached अस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई प्रतिवेदन सूची संलग्न
①	DIAGNOSIS RETINOPATHY NECROTIC surgery :- NE CAT + PGLA

ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES
इस उद्देश्य के हेतु कोई अन्य सहायता कियी अन्य स्रोत से लिखा जा रहा है?

Sr. No. क्रम संख्या	NAME of OTHER SOURCE अन्य स्रोत का नाम	AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILED स्रोत से सहायता राशि
①	DBCS	2000/-

