

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

(Healthcare)  
(स्वास्थ्य देखभाल)



APPLICATION No.: आवेदन संख्या: **B/0923/1170** APPLICATION DATE: आवेदन तिथि: **21/09/2023**

NAME of APPLICANT: आवेदक का नाम: **Chikkathayamma** AGE-YEARS आयु-वर्ष: **60 yrs** SEX लिंग: **F**

FATHER'S/SPOUSE'S NAME: पिता/सहोदर का नाम: **w/o Motegowda**

PRESENT RESIDENCE ADDRESS वर्तमान आवासीय पता: **Hulibole, Horagalattu, Kolaha Hobali, Kanakapura Taluk, Ramnagar Dist, Karnataka**

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS स्थायी आवासीय पता: **- Same as above -**



OCCUPATION: व्यवसाय: **Home-Maker** MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित):  UNMARRIED

TOTAL ANNUAL INCOME: कुल वार्षिक आय: **25,000/-** (Attach Proof of Income) (आय का प्रमाण संलग्न करें)

PAN No. PAN का नंबर: **\_\_\_\_\_** ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable): क्या आप आय कर दाता हैं (जो लागू हो उस पर चिह्न का निशान 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.	H.M. Mayanna	45 yrs	M	Son
2.	K.B. Dharamalakshmi	33 yrs	F	Daughter
3.	Dilip Kumar H.M.	17 yrs	M	Grand Son
4.	Deepak Kumar H.M.	15 yrs	M	Grand Son

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

<input checked="" type="checkbox"/> BPL Card (Attach Card Copy) गरीबी रेषा के नीचे प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की छाया प्रती संलग्न करें)	<input type="checkbox"/> EWS Certificate (Attach Certificate Copy) अल्प आय वर्ग प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की छाया प्रती संलग्न करें)	<input checked="" type="checkbox"/> Ration Card (Attach Copy) उपभोक्ता कार्ड (प्रमाण पत्र की छाया प्रती संलग्न करें)	<input checked="" type="checkbox"/> Any Other Basis/Proof 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
1.	Diagnosis RE - Cataract LE - PCIOL
2.	Surgery RE - Cataract + PCIOL

**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	2,000/-

