

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

(Healthcare)  
(स्वास्थ्य देखभाल)



APPLICATION No.: **B109231198**  
आवेदन संख्या:

APPLICATION DATE: **26/9/23**  
आवेदन तिथि

NAME of APPLICANT: **Sharadamma**  
आवेदक का नाम

AGE-YEARS वायु-वर्ष: **65/F**

SEX लिंग: **F**

FATHER'S/SPOUSE'S NAME: **w/o. Chandrabai**  
पिता/कटुम्ब का नाम



p2eop Postop  
Sharadamma 1198

PRESENT RESIDENCE ADDRESS: **Lakshagondanahalli, Chiknayakanhalli**

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS: **Tumakuru - 572214**

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS: **Same as above**

OCCUPATION: **Coolie**

MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)

TOTAL ANNUAL INCOME: **25,000**

(Attach Proof of Income)  
(आय का साक्ष्य संलग्न करें)

PAN No. (यहाँ खाली छोड़ें)

ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable):  
क्या आप आय कर दाता हैं (जो सत्य हो उस पर चक्रों का निशान लगाएं):

Yes / No  
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 से संबंध
①	Jagadeesh	41	M	Son
②	Deepak	27	M	Son

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

<input checked="" type="checkbox"/> BPL Card (Attach Card Copy) गरीबी रेश के नीचे प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें)	<input type="checkbox"/> EWS Certificate (Attach Certificate Copy) अल्प आय वर्ग प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें)	<input checked="" type="checkbox"/> Ration Card (Attach Copy) उपभोजन कार्ड (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें)	<input type="checkbox"/> Any Other Basis/Proof अन्य कोई साक्ष्य
------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	--------------------------------------------------------------------

**"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE:**  
सहायता हेतु किसे पाने विनोद का उद्देश्य:

Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached अस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई प्रतिवेदन सूची संलग्न
①	Diagnosis RE Cataract LE Cataract
②	Surgery RE Cataract

**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 ले गई सहायता राशि
①	DBCS	2000/-

