

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE  
सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)  
(स्वास्थ्य देखभाल)



APPLICATION No.: आवेदन संख्या: B10923/1203

APPLICATION DATE: आवेदन तिथि 26/9/2023

NAME of APPLICANT: आवेदक का नाम Sathgappa

AGE-YEARS आयु-वर्ष 70 SEX लिंग M

FATHER'S/SPOUSE'S NAME: पिता/कटुम्भ का नाम Sp Late Ramashettara



2000 postap  
1203 Sathgappa

PRESENT RESIDENCE ADDRESS वर्तमान आवासीय पता

At post Fiptar Hemkur Karnataka

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS: स्थाई आवासीय पता

Same as above

OCCUPATION: व्यवसाय Coolie

MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)

TOTAL ANNUAL INCOME: कुल वार्षिक आय 25,000/-

(Attach Proof of Income)  
(आय का सबूत संलग्न)

PAN No. स्थाई करदाता संख्या

ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable):  
क्या आप आय कर दाता हैं (जो मान्य हो उस पर सही का निशान 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 संबंध
1)	Sathgappa	77	M	Husband
2)	Sathyaprasad	47	M	son

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

BPL Card (Attach Card Copy) महिला रेशा के नीचे प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की छाया प्रती संलग्न करें)	EWS Certificate (Attach Certificate Copy) अल्प आय वर्ग प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की छाया प्रती संलग्न करें)	Ration Card (Attach Copy) उपभोग्य कार्ड (प्रमाण पत्र की छाया प्रती संलग्न करें)	Any Other Basis/Proof अन्य कोई सबूत
---	---	--	---

"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 RF contract LE contract
2)	Surfety LE contract + PCRd

ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES  
इस उद्देश्य के हेतु कोई अन्य सहायता किसी अन्य स्रोत से लिया गया हो?

Sr. No. क्रम संख्या	NAME of OTHER SOURCE अन्य स्रोत का नाम	AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILED कौी गई सहायता राशी
1)	DBCS	2000/-

