

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE

सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)

(स्वास्थ्य देखभाल)



Building block of life

APPLICATION No. :

आवेदन संख्या :

B/1023/1276

APPLICATION DATE :

आवेदन तिथि

03/10/2023

NAME of APPLICANT :

आवेदक का नाम

Marukiah

AGE-YEARS आयु-वर्ष

SEX लिंग

72 yrs M

FATHER'S/SPOUSE'S NAME :

पिता/पत्न्या का नाम

S/o Sannathimmaiah

PRESENT RESIDENCE ADDRESS वर्तमान आवासीय पता

Aralakere, Navile Post, Kasaba Hobli,
Chikkanayakanahalli, Tumkur, Karnataka.

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS स्थायी आवासीय पता

- Same as above -

pre op
1276post op
Marukiah

OCCUPATION :

व्यवसाय

Un-Employed

MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)

(Attach Proof of Income)

(आप का साध्य संलग्न)

TOTAL ANNUAL INCOME :

कुल वार्षिक आय

PAN No. स्थायी खाता संख्या

ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable):

आप आय कर दाता हैं (जो सत्य हो उस पर झंडी 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 सम्बंध
1.	Nanjamma	82 yrs	F	wife
2.	Gangadhar M	40 yrs	M	son
3.	Geetha N.M.	35 yrs	F	Daughter-in-law

BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable)

सहायता के लिये कितनी आधार

BPL Card (Attach Card Copy) गरीबी रेशा के नीचे प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें)	EWS Certificate (Attach Certificate Copy) अल्प आय वर्ग प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें)	Ration Card (Attach Copy) उपभोगकर्ता कार्ड (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें)	Any Other Basis/Proof अन्य कोई साध्य
---	---	---	--

"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE:

सहायता हेतु किये गये कितनी का उद्देश्य:

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

ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES

इस उद्देश्य के हेतु कोई अन्य सहायता कितने अन्य स्रोत से लिये गया हो?

Sr. No. क्रम संख्या	NAME of OTHER SOURCE अन्य स्रोत का नाम	AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILED सी गई सहायता राशि
1.	DBCS	2,000/-

