

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE  
सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)  
(स्वास्थ्य देखभाल)



APPLICATION No.: आवेदन संख्या: B/0924/1565 APPLICATION DATE: आवेदन तिथि: 20/09/2024

NAME of APPLICANT: आवेदक का नाम: Anke Gowda AGE-YEARS आयु-वर्ष: 84 SEX लिंग: M

FATHER'S/SPOUSE'S NAME: पिता/कटुम्ब का नाम: Late Dadda channegowda

PRESENT RESIDENCE ADDRESS: वर्तमान आवासीय पता  
58, Chittkanahalli B.L.pura Hobali  
Ashavalli Taluk Mandya District Karnataka  
PERMANENT RESIDENCE ADDRESS: स्थाई आवासीय पता



Postop Pncop  
1565 Anke Gowda

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

TOTAL ANNUAL INCOME: कुल वार्षिक आय: 2000/- (Attach Proof of Income) (आय का सबूत संलग्न)

AN 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 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 के साथ संबंध

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

<input checked="" type="checkbox"/> BPL Card (Attach Card Copy) गरीबी रेषा 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) उपभोग्य कार्ड (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें)	<input checked="" type="checkbox"/> Any Other Basis/Proof अन्य कोई सबूत
---	--	--	---

"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE:  
सहायता हेतु किये गये विन्ती का उद्देश्य:

Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached अस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई प्रतिवेदन सूची संलग्न
<u>1</u>	<u>Diagnosis RE cataract</u> <u>W/ cataract-</u>
<u>2</u>	<u>Surgery RE cataract + PCICL</u>

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
<u>1</u>	<u>DIG</u>	<u>2000/-</u>

