

Kundus

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE
सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)
(स्वास्थ्य देखभाल)



APPLICATION No. : N/1122/1660
आवेदन संख्या : N/1122/1660
APPLICATION DATE : 18/11/22
आवेदन तिथि : 18/11/22

NAME of APPLICANT : Vijayamma
आवेदक का नाम : Vijayamma
AGE-YEARS आयु-वर्ष : 65
SEX लिंग : F

FATHER'S/SPOUSE'S NAME : w/o Nagrajappa
पिता/पत्न्य का नाम : w/o Nagrajappa

PRESENT RESIDENCE ADDRESS :
Kundus, Happegandamapur, Malavalli taluk
mandya district Karnataka

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS :
Same as above



Preop 1660
Postop Vijayamma

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

TOTAL ANNUAL INCOME : 28,000/-
कुल वार्षिक आय : 28,000/-
(Attach Proof of Income)
(आय का साक्ष्य संलग्न)

PAN No. :
आय का पहचान संख्या :
ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable):
आप आय करदाता हैं (को 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 सम्बन्ध
1	Vijayesh N	39	M	Son

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

<input 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) उपभोगका 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 विनति 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 + PEIOL

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 सी गई सहायता राशि
1	DBCS	2,000/-

