

**APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE**

सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)

(स्वास्थ्य देखभाल)



Building blocks of life

APPLICATION No. / आवेदन संख्या: **B/0985/1708**

APPLICATION DATE / आवेदन तिथि: **24/05**

NAME of APPLICANT / आवेदन करे वाला: **PANOR KUMAR**

AGE-YEARS / उम्र-वर्ष: **63 years**

SEX / लिंग: **Female**

FATHER'S/SPOUSE'S NAME / पिता/पत्नी का नाम: **Mrs. Rajesh**

PRESENT RESIDENCE ADDRESS / वर्तमान निवासी पता: **1/108a halli, Doddi, Mysore Taluk, Tumkur**

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS / स्थायी निवासी पता: **Blank**



OCCUPATION / व्यवसाय: **Cooler**

MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित): **UNMARRIED**

TOTAL ANNUAL INCOME / वार्षिक आय: **10000 L**

(Attach Proof of Income) / (आय का प्रमाण प्रस्तुत करें)

ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable) / क्या आप आय कर दाता हैं (जो कानून हो उस पर चिह्न का स्थान दें): **No**

**FAMILY DETAILS / परिवार विवरण**

Sr. No. / क्रम संख्या	Name of Family Member / परिवार के सदस्य का नाम	Age (Years) / उम्र (वर्ष)	Gender / लिंग	Relation with Applicant / आवेदन करे वाले से संबंध
1	राजेश	20 years	Male	Son

**BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable) / आधार के तहत निवेदन करना**

<input checked="" type="checkbox"/> BPL Card (Attach Card Copy) / (प्रमाण पत्र की प्रतिलिपि जोड़ना पड़ेगी)	<input type="checkbox"/> EWS Certificate (Attach Certificate Copy) / (प्रमाण पत्र की प्रतिलिपि जोड़ना पड़ेगी)	<input type="checkbox"/> Ration Card (Attach Copy) / (प्रमाण पत्र की प्रतिलिपि जोड़ना पड़ेगी)	<input checked="" type="checkbox"/> Any Other Basis/Proof / अन्य कोई आधार
--	---	---	---

**"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE / सहायता हेतु निवेदन करने का उद्देश्य:**

Sr. No. / क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached / अस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई प्रतिलिपि प्रस्तुत करना
1	Diagnosis of - cataract
2	HE - cataract
3	Diagnosis of - cataract + presb.

**ASSISTANCE BEING AWARDED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES / इस उद्देश्य के हेतु कहीं अन्य सहायता निवेदन कर चुके हैं या नहीं (यदि हाँ तो सहायता का नाम और राशि लिखें)**

Sr. No. / क्रम संख्या	NAME of OTHER SOURCE / अन्य सहायता का नाम	AMOUNT of ASSISTANCE BEING AWARDED / की गई सहायता राशि

