

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE

सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)

(स्वास्थ्य देखभाल)



APPLICATION No. / आवेदन संख्या : B/0925/1861

APPLICATION DATE / आवेदन तिथि : 17/9/25

NAME of APPLICANT / आवेदन करी हिन : Borasah

AGE-YEARS / लिंग-वर्ष : 75

SEX / लिंग : M

FATHER'S/SPOUSE'S NAME / पिता/पत्नी का नाम : s/o Bommiah

PRESIDENT RESIDENCE ADDRESS / वर्तमान निवास पता : Kambata Gurali Mahadevpu... mandya (H) Karnataka

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS / स्थायी निवास पता : [Blank]



Pre op - post op
1861 - Borasah

OCCUPATION / व्यवसाय : Un Employed

MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)

TOTAL ANNUAL INCOME / वार्षिक आय : [Blank] (Attach Proof of Income) (आय का प्रमाण प्रस्तुत करें)

PAN No. / पैन संख्या : [Blank]

ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable) / क्या आप आय करदाता हैं (को कल्प जो उपर पर सही का चिह्न लगाएं) : Yes / No (हां / नहीं)

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 करी के साथ संबंध
1	Mabamma	65	F	Wife

BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable) / सहायता के लिए निर्दिष्ट आधार

<input checked="" type="checkbox"/> BPL Card (Attach Card Copy) / तालिका कार्ड का प्रमाण प्रस्तुत करें (आय पर की जांच की जा सकती है)	<input type="checkbox"/> EWS Certificate (Attach Certificate Copy) / आय कर की प्रमाण पत्र (आय पर की जांच की जा सकती है)	<input type="checkbox"/> Ration Card (Attach Copy) / राशन कार्ड (आय पर की जांच की जा सकती है)	<input checked="" type="checkbox"/> Any Other Basis/Proof / अन्य कोई प्रमाण
--	---	---	---

"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE / सहायता हेतु किसे लाने किसे का उद्देश्य

Sr. No. / क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached / अस्पताल-डॉक्टर से जारी की गई उचित/सही सूची संलग्न
1	Diagnosis:- Rt- cataract Lt- cataract
2	Surgery:- Lt- cataract p...d

ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES / इस उद्देश्य के हेतु कोई अन्य सहायता किसे अन्य स्रोत से प्राप्त हुई है

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

