

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE

सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)

(स्वास्थ्य देखभाल)



APPLICATION No. / आवेदन संख्या: **B/0925/1863**

APPLICATION DATE / आवेदन तिथि: **17/9/25**

NAME of APPLICANT / आवेदक का नाम: **Kala Bhargi**

AGE-YEARS / आयु-वर्ष: **65**

SEX / लिंग: **M**

FATHER/SPOUSE'S NAME / पिता/पत्नी का नाम: **s/o K. Venkatesh**



Preop - post op 1863 - Kala bhargi

PRESENT RESIDENCE ADDRESS / वर्तमान निवास पता: **matadurpuram mandya (M) Karnataka**

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS / स्थायी निवास पता: _____

OCCUPATION / व्यवसाय: **coolie**

MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित): /

TOTAL ANNUAL INCOME / वार्षिक आय: **18000**

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

PAN No. / पैन संख्या: _____

ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable) / क्या आप आय करदाता हैं (को जो लागू हो उसे चिह्नित करें): Yes / No

FAMILY DETAILS / परिवार विवरण

| Sr. No. / क्र. सं. | Name of Family Member / परिवार के सदस्य का नाम | Age (Years) / आयु (वर्ष) | Gender / लिंग | Relation with Applicant / आवेदक से संबंध |
|--------------------|--|--------------------------|---------------|--|
| 1 | Devpranvi | 56 | F | Wife |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |

BASES for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable) / आधारों के तहत निवेदन करना

| | | | |
|---|---|---|---|
| <input checked="" type="checkbox"/> BPL Card (Attach Card Copy) / पौखी कार्ड का प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की प्रतिलिपि संलग्न करें) | <input type="checkbox"/> EWS Certificate (Attach Certificate Copy) / आय आय वर्ग प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की प्रतिलिपि संलग्न करें) | <input checked="" type="checkbox"/> Ration Card (Attach Copy) / उपभोग कार्ड (प्रमाण पत्र की प्रतिलिपि संलग्न करें) | <input type="checkbox"/> Any Other Basis/Proof / अन्य कोई प्रमाण |
|---|---|---|---|

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

| Sr. No. / क्र. सं. | Medical Reports/Prescriptions Attached / संलग्न चिकित्सा/प्रायोगिक प्रमाण |
|--------------------|---|
| 1 | Diagnosis:- RE - cataract LE - p.c.c. |
| 2 | Surgery:- RE - cataract + p.c.c. |
| | |
| | |

ASSISTANCE BEING AWAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES / इस उद्देश्य के हेतु अन्य सहायता किसे अन्य स्रोतों से प्राप्त हो रही है?

| Sr. No. / क्र. सं. | NAME of OTHER SOURCE / अन्य स्रोत का नाम | AMOUNT of ASSISTANCE BEING AWAILED / प्रदान की जा रही सहायता राशि |
|--------------------|--|---|
| | | |
| | | |
| | | |

