

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE
 सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)
 (आरोग्य देखभाल)



APPLICATION No. / आवेदन क्रमांक : **B0925/1870** APPLICATION DATE / आवेदन दिनांक : **17/9/25**

NAME of APPLICANT / आवेदन करणारा नाव : **Daliramma** AGE-YEARS / वय : **75** SEX / लिंग : **F**

FATHER'S/SPOUSE'S NAME / पिता/सहोदर नाव : **N/A Nonjappa**
 PRESENT RESIDENCE ADDRESS / वास्तव्य स्थान : **Kitagalli Chamaraipet (B) Kalyanapur**
 PERMANENT RESIDENCE ADDRESS / स्थायी वास्तव्य स्थान : **Kalyanapur**



part of - part of
 1870 - Deviramma

OCCUPATION / व्यवसाय : **Home maker** MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित) : /

TOTAL ANNUAL INCOME / वार्षिक उत्पन्न : _____ (Attach Proof of Income) (आवेदन करणारा उत्पन्न प्रमाण)

PAN No. / आयकर क्रमांक : _____

ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable) / को उत्पन्न कर करणारा आहे (को उत्पन्न कर करणारा आहे कि नाही यावर चिन्हात घ्यावे) : Yes / हो / No / नाही

FAMILY DETAILS / कुटुंबाचे विवरण

Sr. No. / क्र. नं.	Name of Family Member / कुटुंबाचे सदस्य नाव	Age (Years) / वय (वर्षे)	Gender / लिंग	Relation with Applicant / आवेदन करणारासोबतचे संबंध
15	padma	57	F	N/A

BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable) / सहायता मागण्याचे कारण (को लागू आहे तो चिन्हात घ्यावे)

<input checked="" type="checkbox"/> PL Card (Attach Card Copy) / पीएल कार्ड (आवेदन करणारासोबतचे प्रमाण घ्यावे)	<input type="checkbox"/> EWS Certificate (Attach Certificate Copy) / एडव्हायस वर्ग (आवेदन करणारासोबतचे प्रमाण घ्यावे)	<input checked="" type="checkbox"/> Ration Card (Attach Copy) / राशन कार्ड (आवेदन करणारासोबतचे प्रमाण घ्यावे)	<input checked="" type="checkbox"/> Any Other Basis/Proof / अन्य कोणतेही प्रमाण
---	--	--	--

"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE / सहायता मागण्याचे उद्देश्य

Sr. No. / क्र. नं.	Medical Reports/Prescriptions Attached / आरोग्य/वैद्यकीय प्रमाणे
16	Dr. Gnanapriya - RE - cataract JE - cataract
22	Surgeon - RE - cataract + p.c.c.d

ASSISTANCE BEING AWAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES / समान उद्देश्य साठी इतर सहायता किती प्राप्त झाली आहे

Sr. No. / क्र. नं.	NAME of OTHER SOURCE / सहायता देणारा नाव	AMOUNT of ASSISTANCE BEING AWAILED / कोणते प्रमाण

