

**APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE**

सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)

(स्वास्थ्य देखभाल)



APPLICATION No. / आवेदन क्रमांक : **B/0925/187H**

APPLICATION DATE : / आवेदन तिथि

NAME of APPLICANT : / आवेदन करी का नाम : **Chandrabekarab**

AGE-YEARS / आयु-वर्ष : **67** SEX / लिंग : **M**

FATHER'S/SPOUSE'S NAME : / पिता/पत्नी का नाम : **Sho malipetappa**

PRESENT RESIDENCE ADDRESS : / वर्तमान निवास : **Benachigere village Taluk (A) Kuvratola**

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS : / स्थायी निवास : **[Signature]**



OCCUPATION : / व्यवसाय : **un Employed.**

MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)

TOTAL ANNUAL INCOME : / वार्षिक आय

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

PAN No. / PAN संख्या

ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable) : / क्या आप आय कर दाता हैं (को सही ढंग से टिक करें)

Yes / No / हाँ / नहीं

**FAMILY DETAILS / परिवार के सदस्य**

Sr. No. / क्र. सं.	Name of Family Member / परिवार के सदस्य का नाम	Age (Years) / उम्र (वर्ष)	Gender / लिंग	Relation with Applicant / आवेदन करी का संबंध
15	Chandrabekarab	SR	M	Subsidiary

**BAISIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable) / कारणों से निवेदन किया जाता है**

<input checked="" type="checkbox"/> BPL Card (Attach Card Copy) / पीपीएल कार्ड के प्रमाण प्रस्तुत करें (आय कर की जानकारी प्रदान करें)	<input type="checkbox"/> EWS Certificate (Attach Certificate Copy) / आय कर की जानकारी प्रदान करें (आय कर की जानकारी प्रदान करें)	<input checked="" type="checkbox"/> Ration Card (Attach Copy) / राशन कार्ड प्रमाण प्रस्तुत करें (आय कर की जानकारी प्रदान करें)	<input checked="" 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 / डॉक्टरों से जारी की गई प्रमाणित दवाइयों
15	Diagnosis:- RE - cataract, LE - cataract
20	Surgery:- RE - cataract + P. Card

**ASSISTANCE BEING AWAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES / इस उद्देश्य के हेतु कोई अन्य सहायता किसी अन्य स्रोत से प्राप्त हो रही है**

Sr. No. / क्र. सं.	NAME of OTHER SOURCE / अन्य स्रोत का नाम	AMOUNT of ASSISTANCE BEING AWAILED / जो प्राप्त हो रहा है

