

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE
 सहायता हेतु आवेदन प्रकाश

(Healthcare)
 (स्वास्थ्य देखभाल)



APPLICATION No. / अर्ज संख्या: **B/0925/1899** APPLICATION DATE / अर्ज दिनांक: **19/9/25**

NAME of APPLICANT / अर्जकर्ता का नाम: **Malinadamma** AGE-YEARS / आयु-वर्ष: **65** SEX / लिंग: **F**

FATHER/SPOUSE'S NAME / पिता/पति का नाम: **w/o. Beemaiah**

PRESENT RESIDENCE ADDRESS / वर्तमान आवासीय पता: **Kundur, Malavalli (M), Madhe (M)**

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS / स्थायी आवासीय पता: **Kallalata**



part of - part of
 1899 - malinadamma

OCCUPATION / व्यवसाय: **Home maker** MARRIED (विक्रित) / UNMARRIED (अविक्रित): MARRIED

TOTAL ANNUAL INCOME / वार्षिक आय: _____ (Attach Proof of Income) (आय का प्रमाण संलग्न करें)

Are you an INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable): Yes / No

FAMILY DETAILS / परिवार विवरण				
Sr. No. / क्र. संख्या	Name of Family Member / परिवार के सदस्य का नाम	Age (Years) / उम्र (वर्ष)	Gender / लिंग	Relation with Applicant / संबंधित के साथ संबंध

BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable)			
सहायता के लिए निम्न कारण			
<input checked="" type="checkbox"/> PPL Card (Attach Card Copy) / पीपल कार्ड का प्रमाण पत्र (अनुपलब्ध हो तो अलग प्रमाण पत्र संलग्न करें)	<input type="checkbox"/> EWS Certificate (Attach Certificate Copy) / EWS प्रमाण पत्र (अनुपलब्ध हो तो अलग प्रमाण पत्र संलग्न करें)	<input type="checkbox"/> Rajgarh Card (Attach Copy) / राजगढ़ कार्ड (अनुपलब्ध हो तो अलग प्रमाण पत्र संलग्न करें)	<input checked="" type="checkbox"/> Any Other Basis/Proof / अन्य कोई प्रमाण

"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE: **सहायता हेतु किसे, क्यों, किससे या उद्देश्य:**

Sr. No. / क्र. संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached / अस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई डॉक्टरों द्वारा जारी प्रमाण
15	Dr. Jayaram - RE - cataract 2E - cataract
28	Surgeon - RE - cataract + presd.

ASSISTANCE BEING AWAIRED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES (एक उद्देश्य के लिए कोई अन्य सहायता किसे, क्यों, प्रतीक से प्राप्त किया गया है)

Sr. No. / क्र. संख्या	NAME of OTHER SOURCE / अन्य स्रोत का नाम	AMOUNT of ASSISTANCE BEING AWAIRED / की गई सहायता का प्रमाण

