

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE

सहायता हेतु आवेदन फॉर्म

(Healthcare)

(स्वास्थ्य देखभाल)



APPLICATION No. / आवेदन क्रमांक : B/0025/1920

APPLICATION DATE / आवेदन दिनांक : 23/9/25

NAME of APPLICANT / आवेदन करी वरि : Indira Bai

AGE-YEARS / वय-वर्ष : 69

SEX / लिंग : F

FATHER/SPOUSE'S NAME / पिता/सहोदर का नाम : N/o Lakshman Rao



pre op - post op  
1920 - Indira Bai

PRESENT RESIDENCE ADDRESS / वर्तमान निवासी पता : Amrutha mahal Road - Ankel.

Bangalore Karnataka

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS / स्थायी निवासी पता : te

OCCUPATION / व्यवसाय : Home maker

MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)

TOTAL ANNUAL INCOME / वार्षिक आय

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

IF YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable): / यदि आप आय कर दाता हैं (को भीचें जो लागू है): Yes / NO हाँ / नहीं

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 / आवेदन करी वरि का संबंध
1	Lakshman Rao	73	M	Husband

BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable) / कारणों से निम्न निवेदन करें

<input checked="" type="checkbox"/> BPL Card (Attach Card Copy) / राशनी कार्ड के साथ प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की प्रतिलिपि संलग्न करें)	<input type="checkbox"/> EWS Certificate (Attach Certificate Copy) / आय कर की प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की प्रतिलिपि संलग्न करें)	<input checked="" type="checkbox"/> Ration Card (Attach Copy) / राशनकार्ड (प्रमाण पत्र की प्रतिलिपि संलग्न करें)	<input type="checkbox"/> Any Other Bank/Proof / अन्य कोई प्रमाण
---	--	--	---

"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE / कारणों से निम्न निवेदन करें

Sr. No. / क्र. संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached / चिकित्सा/प्रातिपत्र के साथ की गई प्रतिलिपि प्रस्तुत करें
1	Diagnosis - Rt - cataract
	LC - cataract
2	Surgery - Rt - cataract + pupil

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

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

