

**APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE**  
 सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)  
 (स्वास्थ्य देखभाल)



APPLICATION No. / अर्पण क्रमांक: 8/0925/1955

APPLICATION DATE / अर्पण तिथि: 24/9/25

NAME of APPLICANT / अर्पण करी नाम: Savitramma

AGE-YEARS / उम्र (वर्ष): 60

SEX / लिंग: F

FATHER'S/SPOUSE'S NAME / पिता/पति का नाम: No. Thepogowda



*pre op - post op  
 1955 - Savitramma*

PRESENT RESIDENCE ADDRESS / वर्तमान निवासी पता: Basavale, Atasite (A) - Talasari (D)

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS / स्थायी निवासी पता: Kalvalate

OCCUPATION / व्यवसाय: Home maker

MARRIED (विवाहित) /  UNMARRIED (अविवाहित)

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

PAN No. / पैन संख्या: \_\_\_\_\_

ARE YOU AN INCOME TAX RESIDEE (Tick whichever is applicable) / क्या आप आय कर करदाता हैं? (को सही ढंग से चिह्नित करें)  
 Yes / हाँ:  No / 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 / अर्पण करी के साथ संबंध

**BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable) / सहायता के लिए निवेदन कारण**

<input checked="" type="checkbox"/> BPL Card (Attach Card Copy) / पीएलसी कार्ड का प्रमाण संलग्न करें (उपलब्ध हो तो चिह्नित करें)	<input type="checkbox"/> EWS Certificate (Attach Certificate Copy) / आय वर्ग प्रमाण पत्र संलग्न करें (उपलब्ध हो तो चिह्नित करें)	<input checked="" type="checkbox"/> Pension Card (Attach Copy) / पेंशन कार्ड संलग्न करें (उपलब्ध हो तो चिह्नित करें)	<input type="checkbox"/> Any Other Basis/Proof / अन्य कोई कारण
--	--	--	--

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

Sr. No. / क्र. संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached / अस्वास्थ्य/चिकित्सा से जुड़ी कोई भी चिकित्सा सूची संलग्न
15	Diagnosis - RE - cataract LE - cataract
25	Surgery - RE - cataract + p. Int.

**ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES / इस उद्देश्य के लिए कोई अन्य सहायता किसे प्राप्त करने के लिए प्राप्त हुई?**

Sr. No. / क्र. संख्या	NAME of OTHER SOURCE / अन्य स्रोत का नाम	AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILED / जो चिह्नित किया गया है

