

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE

सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)

(स्वास्थ्य सहायता)



APPLICATION No. / आवेदन क्रमांक: **B/0925/1974** APPLICATION DATE / आवेदन तिथि: **25/9/25**

NAME of APPLICANT / आवेदन करी वरि: **Thayamma** AGE-YEARS / आयु-वर्ष: **60** SEX / लिंग: **F**

FATHER'S/SPOUSE'S NAME / पितृ/पति का नाम: **W/o Ramakrishnaiah**  
 PRESENT RESIDENCE ADDRESS / वर्तमान निवासी पता: **Kallahatti Grama, Kamakapura Taluqa, Ramnagara District, Karnataka**  
 PERMANENT RESIDENCE ADDRESS / स्थायी निवासी पता: **Kallahatti Grama, Kamakapura Taluqa, Ramnagara District, Karnataka**



pre op post op  
1974 Thayamma

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

TOTAL ANNUAL INCOME / वार्षिक आय: **20,000/-** (Attach Proof of Income / आय का प्रमाण प्रस्तुत करें)

PAN No. / आयकर पहचान संख्या: **---**

ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable) / क्या आप आयकरदाता हैं (को जो लागू हो उसे चिह्नित करें) Yes / No / हाँ / नहीं

FAMILY DETAILS / परिवार के सदस्य

Sr. No. / क्र. सं.	Name of Family Member / सदस्य का नाम	Age (Years) / उम्र (वर्ष)	Gender / लिंग	Relation with Applicant / आवेदन करी के साथ संबंध
①	Chandra	30	M	SON

BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable) / सहायता के लिए आधार

<input checked="" type="checkbox"/> BPL Card (Attach Card Copy) / BPL कार्ड (प्रमाण पत्र के साथ प्रस्तुत करें)	<input type="checkbox"/> EWS Certificate (Attach Certificate Copy) / EWS प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र के साथ प्रस्तुत करें)	<input checked="" type="checkbox"/> Ration Card (Attach Copy) / राशन कार्ड (प्रमाण पत्र के साथ प्रस्तुत करें)	<input type="checkbox"/> Any Other Basis/Power / अन्य कोई आधार
--	---	---	--

"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE / सहायता हेतु निम्न उद्देश्य का उद्देश्य:

सहायता हेतु निम्न उद्देश्य का उद्देश्य:

Sr. No. / क्र. सं.	Medical Reports/Prescriptions Attached / चिकित्सा/प्रातिपत्र के साथ जोड़ें
①	Diagnosis: RE cataract, LE P.I.O.L.
②	Surgery: RE cataract + P.I.O.L.

ASSISTANCE BEING AWARDED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES / इस उद्देश्य के लिए कोई अन्य सहायता किसी अन्य स्रोत से प्राप्त हुई है

Sr. No. / क्र. सं.	NAME of OTHER SOURCE / अन्य स्रोत का नाम	AMOUNT of ASSISTANCE BEING AWARDED / जोड़ें या प्राप्त करें

