

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE
सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)
(सामग्र्य देखभाल)



Building block of life

APPLICATION No. : आवेदन संख्या : **B/1025/2178**

APPLICATION DATE : आवेदन तिथि : **15/10/25**

NAME of APPLICANT : आवेदक का नाम : **Narayana Reddy PV**

AGE-YEARS आयु-वर्ष : **60**

SEX लिंग : **M**

FATHER'S/SPOUSE'S NAME : पिता/सहस्रवर्ग का नाम : **S/O Venkatarreddy**



pre OP / post OP
2178 Narayana Reddy

PRESENT RESIDENCE ADDRESS : वर्तमान आवासस्थान पता : **Parganama katipalli Sainik camp**

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS : स्थायी आवासस्थान पता : **Krishna District, Karnataka**

OCCUPATION : व्यवसाय : **coolie**

MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित) : MARRIED

TOTAL ANNUAL INCOME : कुल वार्षिक आय : **22,000/-**

(Attach Proof of Income)
(आय का साक्ष्य संलग्न)

RAN No. रेशन कार्ड संख्या

RE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable):
क्या आप आय कर दाता हैं (जो मान्य हो उस पर सही का चिह्न लगाएं)

Yes / No
हां / नहीं : No

FAMILY DETAILS परिवार विवरण

Sr. No. क्रम संख्या	Name of Family Member परिवार के सदस्यों का नाम	Age (Years) उम्र (वर्ष)	Gender लिंग	Relation with Applicant आवेदक से संबंध
/				

BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable)
सहायता के लिये विनोद आधार

<input checked="" type="checkbox"/> BPL Card (Attach Card Copy) गरीबी रेशा के नीचे प्रयोग पर (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें)	<input type="checkbox"/> EWS Certificate (Attach Certificate Copy) अल्प आय वर्ग प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें)	<input checked="" type="checkbox"/> Ration Card (Attach Copy) उपभोग्य कार्ड (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें)	<input type="checkbox"/> Any Other Basis/Proof अन्य कोई साक्ष्य
---	--	--	--

"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE:
सहायता हेतु किये गये विनोद का उद्देश्य:

Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached अनुसंधान/दवाइयों से जारी की गई प्रतिवेदन सूची संलग्न
①	Diagnosis : RE PCIOL LE cataract
②	Swagamy LE cataract + PCIOL.

ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES
इस उद्देश्य के हेतु कोई अन्य सहायता किन्हीं अन्य स्रोत से लिया गया है?

Sr. No. क्रम संख्या	NAME of OTHER SOURCE अन्य स्रोत का नाम	AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILED ही गई सहायता राशि

