

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE
सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)
(स्वास्थ्य देखभाल)



APPLICATION No.: आवेदन संख्या: B/1085/2183

APPLICATION DATE: आवेदन तिथि 17/10/25

NAME of APPLICANT: आवेदक का नाम Sannathayamma

AGE-YEARS आयु-वर्ष 60
SEX लिंग F

FATHER'S/SPOUSE'S NAME पिता/सहोदर का नाम Bolo Muddashetti



Pre op post op
2183-Sannathayamma

PRESENT RESIDENCE ADDRESS वर्तमान आवासीय पता
H.No. 1635, Belakavadi, 3-E, Hosa (H)
Malavalli (T) Mandya (D) Karnataka.

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS: स्थायी आवासीय पता

OCCUPATION: व्यवसाय Home Maker

MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)

TOTAL ANNUAL INCOME: कुल वार्षिक आय (Attach Proof of Income) (आय का प्रमाण प्रस्तुत करें)

PAN No. स्थायी खाता संख्या

ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable):
आय कर आस का दावा है (जो मध्य हो उस पर सही का चिह्न लगाएं)

Yes / No
हां / नहीं

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 के साथ संबंध |
|------------------------|---|----------------------------|----------------|---|
| 1 | Maddaha M. | 49 | M | Husband. |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |

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

| | | | |
|---|---|---|---|
| <input type="checkbox"/> BPL Card (Attach Card Copy) एटीबी कार्ड के साथ प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की प्रतिलिपि प्रस्तुत करें) | <input type="checkbox"/> EWS Certificate (Attach Certificate Copy) एनएसएस कार्ड प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की प्रतिलिपि प्रस्तुत करें) | <input checked="" type="checkbox"/> Ration Card (Attach Copy) उपभोग्य कार्ड (प्रमाण पत्र की प्रतिलिपि प्रस्तुत करें) | <input checked="" type="checkbox"/> Any Other Basis/Proof अन्य कोई सबूत |
|---|---|---|---|

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

| Sr. No. क्रम संख्या | Medical Reports/Prescriptions Attached अस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई प्रतिबंधित दवा की प्रतिलिपि |
|------------------------|--|
| 1 | Diagnosis DE - Cataract LE - Cataract |
| 2 | Surgery DE - Cataract + DCOOL |
| | |
| | |

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

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

