

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE
सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)
(स्वास्थ्य देखभाल)



APPLICATION No. : 8/1025/2198
आवेदन संख्या :

APPLICATION DATE : 17/10/25
आवेदन तिथि

NAME of APPLICANT : Siddamma
आवेदक का नाम

AGE-YEARS आयु-वर्ष

SEX लिंग

76

F

FATHER'S/SPOUSE'S NAME : s/o Madegowda
पिता/सहोदर का नाम

PRESENT RESIDENCE ADDRESS वर्तमान आवासीय पता

Chottanahal, B.P. pura (S) Malavalli
Mandya (D) Karnataka

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS : स्थाई आवासीय पता



Pre op post op
8198-Siddamma

OCCUPATION : Home Maker.
व्यवसाय

MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)

TOTAL ANNUAL INCOME :
कुल वार्षिक आय

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

PAN No. स्वयं खाता संख्या

ARE 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

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

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

BPL Card (Attach Card Copy) परिष्ठी रेखा के नीचे प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र भी साथ प्रति संलग्न करें)	EWS Certificate (Attach Certificate Copy) आय अलग करने प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र भी साथ प्रति संलग्न करें)	Ration Card (Attach Copy) उपभोक्ता कार्ड (प्रमाण पत्र भी साथ प्रति संलग्न करें)	Any Other Basis/Proof अन्य कोई सबूत
--	---	--	---

"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE:
सहायता हेतु किसे करने विवृति का उद्देश्य:

Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached अस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई प्रतिवेदन सूची संलग्न
①	Diagnostics RF- (attach) LE- (attach)
②	Surgically IF- (attach) + PCRDL

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 तीर्थ सहायता राशि

