

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE
सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)
(स्वास्थ्य देखभाल)



APPLICATION No. / आवेदन संख्या: B/1085/2219

APPLICATION DATE / आवेदन तिथि: 24/10/25

NAME of APPLICANT / आवेदक का नाम: Ayesha Bi

AGE-YEARS आयु-वर्ष: 93

SEX लिंग: F

FATHER'S/SPOUSE'S NAME / पिता/सहोदर का नाम: W/O Mohammed Anjeer

PRESENT RESIDENCE ADDRESS / वर्तमान आवासीय पता: H.No. 1458, Saba, Majid Road, Seethappa Layout, Chamundinagar, R.T. Nagar, Bangalore, Karnataka

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS / स्थायी आवासीय पता



Pre op post op
2019 - Ayesha Bi

OCCUPATION / व्यवसाय: Un Employed

MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)

TOTAL ANNUAL INCOME / कुल वार्षिक आय: (Attach Proof of Income) (आय का साक्ष्य संलग्न)

PAN No. / पैन संख्या

ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable):
क्या आप आय कर दाता हैं (जो मान्य हो उस पर सही का विकल्प लक्षण): Yes / No हाँ / 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 से संबंध

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

BPL Card (Attach Card Copy) / पटीबी कार्ड के साथ प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें)	EWS Certificate (Attach Certificate Copy) / अन्य आय वर्ग प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें)	Ration Card (Attach Copy) / राशनकार्ड (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें)	Any Other Basis/Proof / अन्य कोई साक्ष्य
--	--	---	--

"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE:
सहायता हेतु किसे गये निम्नी का उद्देश्य:

Sr. No. / क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached / अस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई प्रतिवेदन सूची संलग्न
1	Oniguarda RF - Cataract LE - Cataract
2	Surgery RF - Cataract + PLOL

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 / ली गई सहायता राशि

