

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE
सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)
(स्वास्थ्य देखभाल)



APPLICATION No. / आवेदन संख्या : B/1085/2020

APPLICATION DATE / आवेदन तिथि : 24/10/25

NAME of APPLICANT / आवेदक का नाम : Jayamma

AGE-YEARS / आयु-वर्ष : 59 SEX / लिंग : F

FATHER'S/SPOUSE'S NAME / पिता/सहस्रक का नाम : w/o Ramegowda



Pre op post op
2020 - Jayamma

PRESENT RESIDENCE ADDRESS / वर्तमान निवासस्थान :
Mattalekere, G. Malligere, Dunder CR

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS / स्थायी निवासस्थान :
Krishnarajpet, Mandya CR, Karnataka

OCCUPATION / व्यवसाय : Home maker

MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)

TOTAL ANNUAL INCOME / कुल वार्षिक आय

(Attach Proof of Income)
(आय का साक्ष्य प्रस्तुत करें)

PAN No. / आय कर पहचान संख्या

ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable):
क्या आप आय कर देता है (जो मान्य हो उस पर सही का निशान 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 | Ramegowda | 65 | M | Husband |
| ② | Damaraju | 20 | M | SON |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |

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

| | | | |
|---|--|---|---|
| <input type="checkbox"/> BPL Card (Attach Card Copy) पीपीबी कार्ड के साथ प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें) | <input type="checkbox"/> EWS Certificate (Attach Certificate Copy) एनएस आय वर्ग प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें) | <input checked="" type="checkbox"/> Ration Card (Attach Copy) राशन कार्ड (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें) | <input checked="" type="checkbox"/> Any Other Basis/Proof अन्य कोई साक्ष्य |
|---|--|---|---|

"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE:
सहायता हेतु किसे एवं किन्ती का उद्देश्य:

| Sr. No. / क्रम संख्या | Medical Reports/Prescriptions Attached अस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई प्रीस्क्रिप्शन सूची संलग्न |
|-----------------------|---|
| ① | <u>Angioplasty</u> RF - Catheter LE - Catheter |
| ② | <u>Surgery</u> RF Catheter + PCCO1 |
| | |
| | |

ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES
इस उद्देश्य के हेतु कहीं अन्य सहायता किन्ती अन्य स्रोत से लिये गया है?

| Sr. No. / क्रम संख्या | NAME of OTHER SOURCE अन्य स्रोत का नाम | AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILED कौन सी राशि सहायता लगी |
|-----------------------|---|--|
| | | |
| | | |
| | | |

