

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE
सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)
 (स्वास्थ्य देखभाल)



APPLICATION No. : आवेदन संख्या : **B/1085/8937**

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

NAME of APPLICANT : आवेदक का नाम **Manjula**

AGE-YEARS आयु-वर्ष **45** SEX लिंग **F**

FATHER'S/SPOUSE'S NAME : पिता/सहोदर का नाम **W/o Late. Chennaswamy**



Pre op post op
 8937 - Manjula

PRESENT RESIDENCE ADDRESS : वर्तमान आवासीय पता
**HNo 51, Ground Floor, 1st Main 4th Cross
 Jayatharagata, Saraswathi Puram, Mysore
 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 साक्ष्य संलग्न)

PAN No. : स्थायी खाता संख्या

ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable):
 क्या आप आय कर दाता हैं (जो मान्य हो उस पर चिह्न का प्रयोग करें) 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 क्या संबंध

BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable)
 सहायता के लिए कितनी आधार

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

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

Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached अस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई प्रतिवेदन सूची संलग्न
①	Diagnosis Re- Cataract Ux- Cataract
②	Surgery Re- Cataract + P.I.T.O.L

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

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

