

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE

सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)

(सहाय्य देखपाल)



APPLICATION No.: आवेदन संख्या : B/0124/2247

APPLICATION DATE आवेदन तिथि 24/1/24

NAME of APPLICANT: आवेदक का नाम Nanjamma

AGE-YEARS आयु-वर्ष 85 SEX लिंग F

FATHER'S/SPOUSE'S NAME: पिता/कन्या का नाम w/o Late Ramegouda



PRESENT RESIDENCE ADDRESS वर्तमान आवासीय पता Thimmalapura, Tenagarathu, Arasikere

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS: स्थायी आवासीय पता Same as above

पोस्ट पोस्ट 2247 Nanjamma

OCCUPATION: व्यवसाय unemployed

MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)

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

PAN No. स्थायी आयकर संख्या  
ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable): क्या आप आय कर दाता हैं (जो मान्य हो उस पर चिह्न लगाएं) Yes / No हाँ / नहीं

FAMILY DETAILS परिवार विवरण				
Sr. No. क्रम संख्या	Name of Family Member परिवार के सदस्य का नाम	Age (Years) उम्र (वर्ष)	Gender लिंग	Relation with Applicant आवेदक के साथ सम्बन्ध

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

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

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

Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached उपचार/दवाइयों से जारी की गई प्रिस्क्रिप्शन सूची संलग्न
1	Diagnosis RE- cataract LE- cataract
2	Surgery RE- cataract + p.cior

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
1	DBCS	2000/-

