

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE

सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)

(रोगसम्बन्ध देखभाल)



APPLICATION No. :

आवेदन संख्या :

B/0124/2268

APPLICATION DATE

आवेदन तिथि

25/11/24

NAME of APPLICANT :

आवेदक का नाम

Made Gowda

AGE-YEARS वर्ष-वर्ष

80

SEX लिंग

M

FATHER'S/SPOUSE'S NAME :

पिता/पत्नी का नाम

Slo Byre Gowda

PRESENT RESIDENCE ADDRESS वर्तमान आवासीय पता

Banni Mokodlu, Konakapurta Taluk

Ramanagara, Karnataka

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS स्थायी आवासीय पता

Same as above



propop postop 2268 Made Gowda

OCCUPATION :

व्यवसाय

Unemployed

MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)

TOTAL ANNUAL INCOME :

कुल वार्षिक आय

-

(Attach Proof of Income)

(आय का साक्ष्य संलग्न)

PAN No. स्थायी आय संख्या

ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable)

आम 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 सदस्य का नाम	Age (Years) उम्र (वर्ष)	Gender लिंग	Relation with Applicant आवेदक के साथ सम्बन्ध
1	Pundramma	66	F	wife
2	B. M. Shivarama	14	M	son

BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable)
प्राप्तिका के लिये किस आधार

<input checked="" type="checkbox"/> BPL Card (Attach Card Copy) पोषी रेखा के नीचे प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें)	<input type="checkbox"/> EWS Certificate (Attach Certificate Copy) आय आय वर्ग प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें)	<input type="checkbox"/> Ration Card (Attach Copy) रसयोजना 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 करने विषयी का उद्देश्य:

Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached रोगसंज्ञा/डॉक्टर से जारी की गई प्रतिवेदन सूची संलग्न
1	Diagnosis RE - Cataract LE - Cataract
2	Surgery RE - Cataract + PCOL

ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES

इस उद्देश्य के हेतु कोई अन्य सहायता किसी अन्य स्रोत से लिये गया है?

Sr. No. क्रम संख्या	NAME of OTHER SOURCE अन्य स्रोत का नाम	AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILED लगे गई सहायता राशि
1	DBES	2000

