

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE

सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)

(स्वास्थ्य देखभाल)



APPLICATION No. : आवेदन संख्या : B/0124/2270

APPLICATION DATE : आवेदन तिथि 25/11/24

NAME of APPLICANT : आवेदन का नाम Nenkataramanasamy

AGE-YEARS आयु-वर्ष 68

SEX लिंग M

FATHER/SPOUSE'S NAME : पिता/कटुस्थ का नाम S/o Govindaiah



prop partip
2270 Venkataramana
swamy

PRESENT RESIDENCE ADDRESS वर्तमान आवासीय पता
Navasinaidamma Temple Street

Malagulu post Karakapura Pamaragan

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS : स्थायी आवासीय पता
Same as above

OCCUPATION : व्यवसाय codic

MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित) swamy

TOTAL ANNUAL INCOME : कुल वार्षिक आय 26,000/-

(Attach Proof of Income)
(आय का प्रमाण संलग्न करें)

PAN No. स्थायी आयकर संख्या

ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable):
1. आय कर का दाता है (जो मान्य हो उस पर सही का निशान लगाएं) Yes / No हाँ / नहीं No

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 सम्बन्ध
1	<u>Pallavi</u>	<u>28</u>	<u>F</u>	<u>Daughter in law</u>
2	<u>Manji</u>	<u>38</u>	<u>M</u>	<u>Son</u>

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

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

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

Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached अस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई प्रतिवेदन सूची संलग्न
1	<u>Diagnosis</u> <u>RF - Cataract</u> <u>LG - Cataract</u>
2	<u>Surgery</u> <u>RF - cataract + p.000</u>

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

Sr. No. क्रम संख्या	NAME of OTHER SOURCE अन्य स्रोत का नाम	AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILED कोई गई सहायता राशी
1	<u>DBCS</u>	<u>0000/-</u>

