

**APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE**

सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)

(स्वास्थ्य देखभाल)



Pre-op Post-op  
2272 Gowamma

APPLICATION No.: आवेदन संख्या: **B/0124/2272** APPLICATION DATE: आवेदन तिथि: **25/01/2024**

NAME of APPLICANT: आवेदक का नाम: **Gowamma** AGE-YEARS आयु-वर्ष: **65 yrs** SEX लिंग: **F**

FATHER'S/SPOUSE'S NAME: पिता/कटुम्ब का नाम: **w/o Chikkathammaiah**

PRESENT RESIDENCE ADDRESS वर्तमान आवासीय पता: **# 112, Sunnaghatta Village, Honganur, Channarayana Taluk, Ramarajpet, Karnataka**

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS: स्थायी आवासीय पता

- Same as above -

OCCUPATION: व्यवसाय: **Coolie** MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित):  MARRIED

TOTAL ANNUAL INCOME: कुल वार्षिक आय: **24,000/-** (Attach Proof of Income) (आप का साक्ष्य संलग्न करें)

PAN No. पान आई कार्ड संख्या

ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable): क्या आप आय कर दाता हैं (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 संबंध
/				

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

<input type="checkbox"/> BPL Card (Attach Card Copy) गरीबी रेषा के नीचे प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें)	<input type="checkbox"/> EWS Certificate (Attach Certificate Copy) अन्य आय वर्ग प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें)	<input checked="" type="checkbox"/> Ration Card (Attach Copy) उपभोक्ता 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 वर्ष विपत्ति का उद्देश्य:**

Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached अस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई प्रविष्टि/सूची संलग्न
1.	Diagnosis RE - Cataract LE - Cataract
2.	Surgery LE - Cataract + P10L

**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	2,000/-

