

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE

सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)

(स्वास्थ्य देखभाल)



Preop 2319 Postop shantihallkary  
Prece

APPLICATION No. : आवेदन संख्या : **B/0124/2319** APPLICATION DATE : आवेदन तिथि : **31/01/24**

NAME of APPLICANT : आवेदक का नाम : **Shantha Mallikarjuna Aradya** AGE-YEARS आयु-वर्ष : **50** SEX लिंग : **M**

FATHER'S/SPOUSE'S NAME : पिता/सहस्रवर्धक का नाम : **Slo putta Somaradya**

PRESENT RESIDENCE ADDRESS : वर्तमान आवासीय पता : **Grundlupete Taluk, Chivakanahalli**

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS : स्थायी आवासीय पता : **Grundlupete Chamarajanagar / Kannada**

Same as above

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

TOTAL ANNUAL INCOME : कुल वार्षिक आय : **26,000/-** (Attach Proof of Income) (आय का साक्ष्य प्रस्तुत करें)

AN No. रणार्थ संख्या

ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable): क्या आप आय कर दाता हैं (जो अन्य हो उस पर सही का चिह्न 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
1	Shivalingamma	77	F	Mother

BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable) सहायता के लिये कितनी 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) अन्य आय वर्ग प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें)	<input type="checkbox"/> Ration Card (Attach Copy) उपभोग्य 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 किये गये विनती का उद्देश्य:

Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached अस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई प्रीस्क्रिप्शन सुची संलग्न
1	Diagnosis RE - Cataract LE - cataract
2	Surgery RE - Cataract + PCICL

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 ली गई सहायता राशी

