

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE सहायता हेतु आवेदन प्रारूप				(Healthcare) (स्वास्थ्य देखभाल)			
APPLICATION No.: आवेदन संख्या:		N/0323/2975		APPLICATION DATE: आवेदन तिथि	24/3/23		
NAME of APPLICANT: आवेदक का नाम		Sakamma		AGE-YEARS आयु-वर्ष	50	SEX लिंग	F
FATHER'S/SPOUSE'S NAME: पिता/हस्ताक्षर का नाम						D/o Venkategowda	
PRESENT RESIDENCE ADDRESS सधन आवास पता						Kappa Maraliga, Begganahalli Madhur Taluk Mandya Karnataka	
PERMANENT RESIDENCE ADDRESS स्थायी आवास पता						Same as above	
OCCUPATION: उद्योग						Coolie	
TOTAL ANNUAL INCOME: कुल वार्षिक आय						20,000/-	
PAN No. स्वयं खाना संख्या							
RE 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 हां / नहीं	
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 से संबंध			
BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable) सहायता के लिए विनति आधार							
BPL Card (Attach Card Copy) गरीबी रेषा के नीचे प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें)	EWS Certificate (Attach Certificate Copy) अल्प 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 अस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई प्रतिक्रिया सूची संलग्न						
1	Diagnosis RE Cataract LE Cataract						
2	Surgery IO LE Cataract + PKOL						
ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES इस उद्देश्य के हेतु कोई अन्य सहायता किसी अन्य स्थिति से लिया गया है?							
Sr. No. क्रम संख्या	NAME of OTHER SOURCE अन्य स्रोत का नाम			AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILED लेई गई सहायता राशि			

