

**APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE**  
सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)  
(स्वास्थ्य देखभाल)



pre OP post op  
3062 Mumiyappa

APPLICATION No. : आवेदन संख्या : B/0126/3062 APPLICATION DATE : आवेदन तिथि : 2/1/26

NAME of APPLICANT : आवेदक का नाम : Mumiyappa AGE-YEARS आयु-वर्ष : 70 SEX लिंग : M

FATHER'S/SPOUSE'S NAME : पिता/कन्या का नाम : Sp Mumivenkatappa

PRESENT RESIDENCE ADDRESS : वर्तमान निवास पता : Seegatapalya Seemivasapura Taluk

Kolar District, Karnataka  
PERMANENT RESIDENCE ADDRESS : स्थायी निवास पता : - - -

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

TOTAL ANNUAL INCOME : कुल वार्षिक आय : (Attach Proof of Income) (आय का साक्ष्य संलग्न करें)

PAN No. स्पष्ट खाली रखें

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

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

<input checked="" type="checkbox"/> BPL Card (Attach Card Copy) गरीबी रेषा के अंदर 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 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 किये गये विनती का उद्देश्य:

Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached अस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई प्रतिवेदन सूची संलग्न
<u>(1)</u>	<u>Diagnosis RE cataract LE cataract</u>
<u>(2)</u>	<u>surgery LE cataract + P.I.O.L</u>

**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 की गई सहायता राशि

