

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE
सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)
(स्वास्थ्य देखभाल)



APPLICATION No. :
आवेदन संख्या : 2/0126/3110

APPLICATION DATE :
आवेदन तिथि 9/1/26

NAME of APPLICANT :
आवेदक का नाम Annapurna

AGE-YEARS आयु-वर्ष 50
SEX लिंग F

FATHER'S/SPOUSE'S NAME :
पिता/कटुम्भ का नाम w/o Prakash



pre op post op
3110 Annapurna

PRESENT RESIDENCE ADDRESS :
वर्तमान आवासीय पता
Chandhanagar Mathghatta post

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS :
स्थायी आवासीय पता
Hondanakesere Hobli Chikkamayakanahalli
Taluk Tumkur DISTRICT, KARNATAKA

OCCUPATION :
व्यवसाय - Koolie
TOTAL ANNUAL INCOME :
कुल वार्षिक आय 22,000/-

MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)

(Attach Proof of Income)
(आय का साक्ष्य संलग्न)

PAN No. स्थायी खाता 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 लगावे)

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 के साथ सम्बन्ध
1	Santhosh	30	M	SON
2	Chandam	28	F	Daughter

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

<input checked="" type="checkbox"/> BPL Card (Attach Card Copy) गरीबी रेशा (के नोबे प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की कृपया प्रति संलग्न करें)	<input type="checkbox"/> EWS Certificate (Attach Certificate Copy) अल्प आय वर्ग प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की कृपया प्रति संलग्न करें)	<input checked="" type="checkbox"/> Ration Card (Attach Copy) उपभोक्ता कार्ड (प्रमाण पत्र की कृपया प्रति संलग्न करें)	<input type="checkbox"/> Any Other BasicProof 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
1	Diagnosis RE. Cataract + LE. Cataract
2	Surgery LE. Cataract + PCTOL

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

Sr. No. क्रम संख्या	NAME of OTHER SOURCE अन्य स्रोत का नाम	AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILED ली गई सहायता राशि

