

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE
सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)
(स्वास्थ्य देखभाल)



APPLICATION No.: आवेदन संख्या: B/0126/3169 APPLICATION DATE: आवेदन तिथि: 14/01/26

NAME of APPLICANT: आवेदक का नाम: Jayamma AGE-YEARS आयु-वर्ष: 80 SEX लिंग: F

FATHER'S/SPOUSE'S NAME: पिता/सहोदर का नाम: w/o Chikkahonegowda.
PRESENT RESIDENCE ADDRESS: वर्तमान आवासीय पता

Honyachethally, Trunenakatti, Hassana, Karnataka. 593124
PERMANENT RESIDENCE ADDRESS: स्थायी आवासीय पता



Ps. of 3169 Post of Jayamma.

OCCUPATION: व्यवसाय: Unemployed. MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)

TOTAL ANNUAL INCOME: कुल वार्षिक आय: _____ (Attach Proof of Income) (आय का प्रमाण संलग्न)

PAN No. स्थायी खाता संख्या

ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable): क्या आप आय कर दाता हैं (जो लागू हो उस पर सही का चिह्न लगाएं) Yes / No हाँ / 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	<u>Nanjegowda H.</u>	<u>39</u>	<u>M</u>	<u>Son.</u>
②	<u>Rajalakshmi K.M</u>	<u>49</u>	<u>F</u>	<u>Daughter In Law</u>

BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable)
सहायता के लिये विधि 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) अल्प 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 type="checkbox"/> Any Other Basis/Proof अन्य कोई प्रमाण
---	--	---	---

"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE:
सहायता हेतु किसे मने विपत्ति का उद्देश्य:

Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached अस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई प्रतिवेदन सूची संलग्न
①	<u>Diagnosis - RE Cataract LE Cataract</u>
②	<u>Surgery = RE Cat + PCIOL</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 एक वर्ष सहायता राशि

