

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE  
सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)  
(स्वास्थ्य देखभाल)



APPLICATION No. :  
आवेदन क्रमांक : 310126/3195

APPLICATION DATE :  
आवेदन तिथि 20/1/26

NAME of APPLICANT :  
आवेदक का नाम Muniyamma

AGE-YEARS आयु-वर्ष 70  
SEX लिंग F

FATHER'S/SPOUSE'S NAME :  
पिता/सहस्र का नाम W/o Myakkappa

PRESENT RESIDENCE ADDRESS :  
वर्तमान आवासीय पता  
Dimmahalli, ajjapannahalli, Masthi  
Kolar, District, Karnataka  
PERMANENT RESIDENCE ADDRESS :  
स्थायी आवासीय पता



pre op 3195  
post op Muniyamma

OCCUPATION :  
व्यवसाय unemployed

MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)

TOTAL ANNUAL INCOME :  
कुल वार्षिक आय -

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

PAN No. सवाई कार्ड संख्या  
ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable):  
आप आय कर दाता हैं (जो मान्य 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	Thimmannaayappa	37	M	SON
2				

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

BPL Card (Attach Card Copy) यसि रेशा के नीचे प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें)	EWS Certificate (Attach Certificate Copy) अन्य अन्य का प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें)	Ration Card (Attach Copy) उपभोग्य 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 प्रतिवेदन सूची संलग्न
1	Diagnosis RE cataract LE cataract
2	Surgery RE cataract + ptol

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 सी गई सहायता राशि

