

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE  
सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)  
(स्वास्थ्य देखभाल)



APPLICATION No. : आवेदन संख्या : 13/0126/3279

APPLICATION DATE : आवेदन तिथि 27/1/26

NAME of APPLICANT : आवेदक का नाम D.R. Purameshwaraappa

AGE-YEARS आयु-वर्ष 62 SEX लिंग M

FATHER'S/SPOUSE'S NAME : पिता/कटुम्ब का नाम S/O Rudraappa



pre OP post OP  
3279 Purameshwaraappa

PRESENT RESIDENCE ADDRESS वर्तमान आवास का पता H.No - 71, Doddametrakurke

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS : स्थायी आवास का पता Taluk Hassan District + Karnataka

OCCUPATION : व्यवसाय Coolie

MARRIED (विवाहित) - UNMARRIED (अविवाहित)

TOTAL ANNUAL INCOME : कुल वार्षिक आय 23,000/-

(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 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 के साथ सम्बन्ध
1	Jayamma	50	F	Wife

BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable)  
सहायता के लिए किरति आधार

BPL Card (Attach Card Copy) गरीबी रेशा के पीछे प्रमाण-पत्र (प्रमाण पत्र की छापी प्रति संलग्न करें)	EWS Certificate (Attach Certificate Copy) अल्प आय वर्ग प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की छापी प्रति संलग्न करें)	Ration Card (Attach Copy) उपभोगता कार्ड (प्रमाण पत्र की छापी प्रति संलग्न करें)	Any Other Basis/Proof अन्य कोई साक्ष्य
-------------------------------------------------------------------------------------------------------------	---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	------------------------------------------------------------------------------------------	----------------------------------------------

"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE:  
सहायता हेतु किसे गये निम्नी का उद्देश्य:

Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached अस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई प्रतिवेदन सूची संलग्न
1	Diagnosis RE - PCICL LE - Cataract
2	Surgery LE Cataract + PCICL

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

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

