

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE
सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)
(स्वास्थ्य देखभाल)



APPLICATION No.: आवेदन संख्या: B10/26/3293 APPLICATION DATE: आवेदन तिथि: 27/1/26

NAME of APPLICANT: आवेदक का नाम: Chammabamma AGE-YEARS: आयु-वर्ष: 70 SEX: लिंग: F

FATHER'S/SPOUSE'S NAME: पिता/सहोदर का नाम: w/o Shivalingappa

PRESENT RESIDENCE ADDRESS: वर्तमान आवासीय पता
H.NO 173, Dummehahalli, Trastkere

Taluk: Hassan DISTRICT: Karnataka
PERMANENT RESIDENCE ADDRESS: स्थाई आवासीय पता



pre op post op
3293 Chammabamma

OCCUPATION: व्यवसाय: unemployed MARRIED (विधवा) / UNMARRIED (अविधवा)

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

PAN No. स्थाई पत्रिका संख्या

ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable):
क्या आप आय कर दाता हैं (जो मान्य हो उस पर सही का चिह्न 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 से क्या सम्बन्ध |
|------------------------|---|----------------------------|----------------|--|
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |

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

| | | | |
|---|---|--|--|
| <input checked="" type="checkbox"/> BPL Card (Attach Card Copy) गरीबी रेषा के नीचे प्रमाण पर (प्रमाण पर की-कॉपी प्रति संलग्न करें) | <input checked="" type="checkbox"/> EWS Certificate (Attach Certificate Copy) अल्प आय वर्ग प्रमाण पर (प्रमाण पर की-कॉपी प्रति संलग्न करें) | <input checked="" type="checkbox"/> Ration Card (Attach Copy) राशनकार्ड (प्रमाण पर की-कॉपी 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 |
|------------------------|--|
| ① | Diagnosis: <u>RE cataract</u> <u>LE cataract</u> |
| ② | Diagnosis: <u>RE cataract + PIGL</u> |
| | |
| | |
| | |
| | |

ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES
इस उद्देश्य को हेतु कोई अन्य सहायता किसी अन्य स्रोत से लिये गए हैं?

| Sr. No. क्रम संख्या | NAME of OTHER SOURCE अन्य स्रोत का नाम | AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILED जो यह सहायता राशी |
|------------------------|---|---|
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |

