

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE

सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)
(स्वास्थ्य देखभाल)



Pre OP PostOP
Malaguanna 3545

APPLICATION No. : आवेदन संख्या : B/0125/3345

APPLICATION DATE : आवेदन तिथि 26/1/25

NAME of APPLICANT : आवेदक का नाम Malaguanna

AGE-YEARS आयु-वर्ष 60 SEX लिंग M

FATHER'S/SPOUSE'S NAME : पिता/सहस्रवर्ध का नाम s/o Lakshmajja

PRESENT RESIDENCE ADDRESS वर्तमान आवासीय पता
Doddanapalya, Baluvanahaly post, Teptur (D), Tumkur (D),
Karnataka.

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS : स्थाई आवासीय पता

OCCUPATION : व्यवसाय Coolie

MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)

TOTAL ANNUAL INCOME : कुल वार्षिक आय 20,000/-

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

IN No. रियाई 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	Siddamma	65	F	Wife
2	Kumala	49	M	Son
3	Dushpa	40	F	Daughter-In-Law
4	Vinay	19	M	Grandson
5	Ashray D K	15	M	Grandson

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 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 checked="" type="checkbox"/> Any Other Basis/Proof अन्य कोई साधन
---	--	---	---

"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE:
सहायता हेतु किये गये विनतों का उद्देश्य:

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

ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES
इस उद्देश्य के हेतु कहीं 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 ली गई सहायता राशि
1	DBCS	2000/-

