

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE
(Healthcare)

(स्वास्थ्य देखभाल)



APPLICATION No.: आवेदन संख्या: B/0725/1014	APPLICATION DATE: आवेदन तिथि: 2/7/25
NAME of APPLICANT: आवेदक का नाम: Sakamma	AGE-YEARS आयु-वर्ष: 60 SEX लिंग: F
FATHER'S/SPOUSE'S NAME: पिता/कटुम्ब का नाम: w/o Shivanna	
PRESENT RESIDENCE ADDRESS वर्तमान आवासीय पता: H. No- 238, Thase. bennamahalli, Akene. Hobali, Maddur, Taluk, Mandya District Karnataka	
PERMANENT RESIDENCE ADDRESS: स्थायी आवासीय पता: -11-	



pre op post op
1014 Sakamma

OCCUPATION: व्यवसाय: Home Maker	MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित): (Attach Proof of Income) (आप का आय प्रमाण)
TOTAL ANNUAL INCOME: कुल वार्षिक आय: -	
PAN No. स्थायी राजस्व संख्या:	
ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable): क्या आप आय कर पayer हैं (को मान्य हो उस पर सही का निशान लगाये): 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	Savitri	24	Daughter F	Daughter

BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable) सहायता के लिये विनति आधार			
BPL Card (Attach Card Copy) गरीबी रेशा के साथ प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें)	EWS Certificate (Attach Certificate Copy) अल्प आय वर्ग प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें)	Ration Card (Attach Copy) उपभोग्यता कार्ड (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें)	Any Other Basis/Proof अन्य कोई संकेत

"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE: सहायता हेतु किसे करने 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 LE cataract + PCIOL

ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES इस उद्देश्य को हेतु कोई अन्य सहायता किसी अन्य स्रोत से लिया गया हो?		
Sr. No. क्रम संख्या	NAME of OTHER SOURCE अन्य स्रोत का नाम	AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILED सी गई सहायता राशी
①	D B C S	2000/-

