

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE

सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)

(स्वास्थ्य देखभाल)



APPLICATION No. : B/0925/1706
आवेदन संख्या :

APPLICATION DATE : 21/05/23
आवेदन तिथि

NAME of APPLICANT : Chikkathiyamma
आवेदक का नाम

AGE-YEARS : 80
SEX : Female

FATHER/SPOUSE'S NAME : Shri Gulab Lal
पिता/पति का नाम

PRESENT RESIDENCE ADDRESS : Jinnagar, Kanchi, Karnataka
वर्तमान निवासी पता

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS :
स्थायी निवासी पता



OCCUPATION : unemployed

MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)

TOTAL ANNUAL INCOME :
कुल वार्षिक आय

(Attach Proof of Income)
(आय का प्रमाण प्रस्तुत करें)

PAN No. :
पैन संख्या

ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable):
क्या आप आय का कर देते हैं (जो लागू हो उस पर 'हाँ' या 'नहीं' का चिह्न लगाएं):

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 संबंध
/				

BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable)
आवृत्ति के लिए कौन सा आधार

<input checked="" type="checkbox"/> BPL Card (Attach Card Copy) गरीबी रेशू के साथ प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की प्रतिलिपि संलग्न करें)	<input type="checkbox"/> EWS Certificate (Attach Certificate Copy) आय और वर्ग प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की प्रतिलिपि संलग्न करें)	<input type="checkbox"/> Ration Card (Attach Copy) उपभोग्य कार्ड (प्रमाण पत्र की प्रतिलिपि संलग्न करें)	<input checked="" type="checkbox"/> Any Other Basis/Proof अन्य कोई आधार
---	---	--	---

"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE:
आवृत्ति हेतु किसे लाने के लिए या उद्देश्य:

Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached आवृत्ति/पत्रिका के साथ की गई उल्लेखित दवाइयों
1	Diagnosis - CR - cataract is - cataract
2	Surgery - 7 CR - cataract - special

ASSISTANCE BEING AWAILED by SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES
इस उद्देश्य के लिए कहीं अन्य सहायता मिली है या नहीं से विवरण दें

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

