

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE
सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)
(स्वास्थ्य देखभाल)



APPLICATION No :
आवेदन संख्या : **B/0925/1711**

APPLICATION DATE :
आवेदन तिथि : **2/9/25**

NAME of APPLICANT :
आवेदन का नाम : **Munhyappa**

AGE-YEARS मनु-वर्ष : **65**

SEX लिंग : **M**

FATHER'S/SPOUSE'S NAME :
पिता/पत्नी का नाम : **S/o Ramraich**



pre op Postop
1711 Munhyappa

PRESENT RESIDENCE ADDRESS : वर्तमान निवासीय पते
H. No. 233, Kempagowda Layout, Lt

Nagda, Laggere, Bangalore, Karnataka

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS : स्थायी निवासीय पते
—

OCCUPATION :
व्यवसाय : **coolie**

MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)

TOTAL ANNUAL INCOME :
कुल वार्षिक आय : **28,000/-**

(Attach Proof of Income)
(आय का सबूत संलग्न करें)

PAN No. आय का आय संचयन संख्या : **—**

ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable):
: क्या आप का आय कर है (को जमाने का प्रमाण पत्र या नहीं का प्रमाण संलग्न करें)

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 आवेदन के साथ संबंध
Blank				

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

<input checked="" type="checkbox"/> RPL Card (Attach Card Copy) गरीबी रेशन कार्ड का प्रमाण पत्र (संलग्न पत्र की प्रमाण प्रतिलिपि संलग्न करें)	<input type="checkbox"/> EWS Certificate (Attach Certificate Copy) अल्प आय वर्ग प्रमाण पत्र (संलग्न पत्र की प्रमाण प्रतिलिपि संलग्न करें)	<input checked="" type="checkbox"/> Ration Card (Attach Copy) दरभोजन कार्ड (संलग्न पत्र की प्रमाण प्रतिलिपि संलग्न करें)	<input type="checkbox"/> Any Other Basis/Proof अन्य कोई सबूत
--	--	---	--

"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE:
सहायता हेतु किसे लाने दिवसी का उद्देश्य

Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached अस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई प्रतिलिपि सूची संलग्न
①	Diagnosely RE Cataract LE Cataract
②	Surgeonly RE Cataract + PCIOK

ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES
इस उद्देश्य के हेतु कोई 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 कौन सा सहायता राशि

