

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE

सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)

(स्वास्थ्य देखभाल)



APPLICATION No. : आवेदन संख्या : **B/0925/1714**

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

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

AGE-YEARS उम्र-वर्ष : **52**

SEX लिंग : **F**

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

PRESENT RESIDENCE ADDRESS : वर्तमान आवासीय पता : **50, Hgeed Kadahalli, Kamakapur**

Taluk : **Rammangala District, Karnataka**

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS : स्थायी आवासीय पता : **-11-**

OCCUPATION : व्यवसाय : **coolie**

MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित) : MARRIED

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

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

PAN No. : आय का प्रमाण संलग्न करें

ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (TICA whichever is applicable): आय कर का दाता हैं (जो लागू हो उसे 'या' नहीं का विकल्प चुनें) : Yes / 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 आवेदन के साथ संबंध
①	Shivaiah	60	M	Husband
②	Nimesh	30	M	SON

BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable) सहायता के लिए किसी आधार

<input checked="" type="checkbox"/> NPL Card (Attach Card Copy) राष्ट्रीय सेवा के लिए प्रमाण-पत्र (प्रमाण पत्र की प्रतिलिपि संलग्न करें)	<input type="checkbox"/> EWS Certificate (Attach Certificate Copy) अन्य आय वर्ग प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की प्रतिलिपि संलग्न करें)	<input checked="" type="checkbox"/> Ration Card (Attach Copy) उपभोगिता कार्ड (प्रमाण पत्र की प्रतिलिपि संलग्न करें)	<input type="checkbox"/> Any Other Basis/Proof अन्य कोई आधार
--	--	---	--

"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE: सहायता हेतु निम्न लक्ष्यों का उद्देश्य:

Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached (समस्या/दवाइयों के साथ की गई प्रमाणित सूची संलग्न)
①	Diagnostics RE cataract LE cataract
②	Surgery LE cataract + P.I.O.L

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 (की गई सहायता राशि)



