

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE

सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)

(स्वास्थ्य देखभाल)



APPLICATION No. :

आवेदन संख्या :

13/0925/1720

APPLICATION DATE :

आवेदन तिथि

4/9/25

NAME of APPLICANT :

आवेदन का नाम

Muniyappa

AGE-YEARS आयु-वर्ष

58

SEX लिंग

M

FATHER/SPOUSE'S NAME :

पिता/पत्नी का नाम

S/O Venkateshappa

PRESENT RESIDENCE ADDRESS / वर्तमान निवास

oddamadenahalli veempahalli taluk

District: Keshinataka

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS : स्थायी निवास



pre op post op
1720 Muniyappa

OCCUPATION :

व्यवसाय

Carlier

MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)

TOTAL ANNUAL INCOME :

कुल वार्षिक आय

27,000/-

(Attach Proof of Income)

(आय का सबूत संलग्न करें)

PAN No. उपार्धित किया गया है/नहीं

ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable):

क्या आप आय कर दाता हैं (को खान को उठाए या नहीं का चिह्न 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 आवेदनकर्ता के साथ संबंध
①	Shobha	27	F	Daughter
②	Gangadhar	27	M	Son

BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable)

सहायता के लिए कौन सी आधार

<input type="checkbox"/> BPL Card (Attach Card Copy) पोषी कार्ड के साथ प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र को अलग-थलग प्रेषित करें)	<input type="checkbox"/> EWS Certificate (Attach Certificate Copy) एनएसएस कार्ड के साथ प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र को अलग-थलग प्रेषित करें)	<input checked="" type="checkbox"/> Nation Card (Attach Copy) राष्ट्रीयता कार्ड (प्रमाण पत्र को अलग-थलग प्रेषित करें)	<input checked="" type="checkbox"/> Any Other Basis/Proof अन्य कोई सबूत
---	---	--	---

"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE:

सहायता हेतु निम्ने कौन सी वियुक्त का उद्देश्य:

Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached रोगनिदान/दवाखुराह से जुड़ी कौन सी प्रतिलिपि प्रेषित की जा रही है
①	Diagnosally RT Cataract LT Cataract
②	Surgeary RT Cataract + P.C.I.M

ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES

इस उद्देश्य के हेतु कोई अन्य सहायता कौन से अन्य स्रोत से प्राप्त हो रही है

Sr. No. क्रम संख्या	NAME of OTHER SOURCE अन्य स्रोत का नाम	AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILED कौन सी सहायता मिली

