

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE

सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)

(स्वास्थ्य देखभाल)



APPLICATION No. : 8/0925/1764

APPLICATION DATE : 09/09/25

NAME of APPLICANT : Gaurinjanana

AGE-YEARS : 70

SEX : F

FATHER'S/SPOUSE'S NAME : W/o Lingappa

PRESENT RESIDENCE ADDRESS : पोस्टावाडी, चमलायनागर (DAD)

Painataka.

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS : -



Pro OP

Rev OP

Gaurinjanana

1764

OCCUPATION : Unemployed

MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)

TOTAL ANNUAL INCOME :

(Attach Proof of Income)

(आपका वार्षिक आय प्रमाण)

PAN No. : -

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

Yes / No

आप आय कर का दाता हैं (जो लागू हो उस पर तिकी का निशान लगाएं):

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 से संबंध
1	M. Lingappa	70	M	Husband
2	Manushi	37	F	Daughter
3	Bhavana	27	F	Daughter In Law

BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable)

सहायता के लिए किसी आधार

BPL Card (Attach Card Copy) रशिये कार्ड का प्रमाण प्रत (प्रमाण पत्र की प्रत जोड़ कर भरें):	EWS Certificate (Attach Certificate Copy) आय कर का प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की प्रत जोड़ कर भरें):	Ration Card (Attach Copy) उपभोग कार्ड (प्रमाण पत्र की प्रत जोड़ कर भरें):	Any Other Basic Proof अन्य कोई प्रमाण
---	---	--	---

"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE:

सहायता हेतु किसे करने किसी का उद्देश्य:

Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached अस्पताल/प्राधिकृत डॉक्टर की प्रत जोड़ कर भरें
1	Diagnosis - RE Cataract.
	LE Cataract.
2	Diagnosis - LE Cataract

ASSISTANCE BEING AWAIED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES

इस उद्देश्य के लिए कोई अन्य सहायता किसी अन्य स्रोत से प्राप्त हो रही है।

Sr. No. क्रम संख्या	NAME of OTHER SOURCE अन्य स्रोत का नाम	AMOUNT of ASSISTANCE BEING AWAIED जो प्राप्त हो रहा है

