

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE

सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)

(स्वास्थ्य देखभाल)



APPLICATION No. : 8/0925/1843

APPLICATION DATE : 13/9/20

NAME of APPLICANT : Mooguriah

AGE/YEARS : 70

SEX : M

FATHER'S/SPOUSE'S NAME : S/o Javaragowda

PRESENT RESIDENCE ADDRESS : H. Kodihalli, Maddur Taluk, Mandya

Karnataka

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS : N/A

pre op post op
13.40 Mooguriah

OCCUPATION : Unemployed

MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)

TOTAL ANNUAL INCOME :

(Attach Proof of Income)

(आपका वार्षिक आय)

PAN No. N/A

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

Yes / No

आप आय कर दाता हैं (को फॉर्म में उचित रूप से चिह्नित करें)

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)	Sarjamma	60	F	Wife

BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable)

सहायता के लिए विवक्षित आधार

BPL Card (Attach Card Copy) लोअर क्लास के लोग के लिए प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की प्रतिलिपि संलग्न करें)	EWS Certificate (Attach Certificate Copy) अल्प आय वर्ग के लोग के लिए प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की प्रतिलिपि संलग्न करें)	Ration Card (Attach Copy) उपभोग्य कार्ड (प्रमाण पत्र की प्रतिलिपि संलग्न करें)	Any Other Basis/Proof अन्य कोई प्रमाण
--	--	---	---

"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE:

सहायता हेतु दिए गए विवरण का उद्देश्य:

Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached रोगरहित/दवाइयों से संबंधित कोई भी डॉक्टर द्वारा जारी प्रमाण
1)	Diagnosis 26 Cataract 11 Cataract
2)	Surgery 11 Cataract + Retina

ASSISTANCE BEING AWAIED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES

इस उद्देश्य के लिए कोई अन्य सहायता किसी अन्य स्रोत से मिल चुकी है?

Sr. No. क्रम संख्या	NAME of OTHER SOURCE अन्य स्रोत का नाम	AMOUNT of ASSISTANCE BEING AWAIED कोई भी सहायता राशि

