

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE

सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)

(स्वास्थ्य देखभाल)

APPLICATION No. :

आवेदन संख्या :

B/0925/1891

APPLICATION DATE :

आवेदन तिथि

19/9/25

NAME of APPLICANT :

आवेदक का नाम

Malimwani

AGE-YEARS : वय-वर्ष

75

SEX : लिंग

M

FATHER'S/SPOUSE'S NAME :

पिता/पत्नी का नाम

S/O. Manjendra

PRESENT RESIDENCE ADDRESS : वर्तमान निवासीय पता

K. ragal

malavalli (H)

mangal (H)

Kakata

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS : स्थायी निवासीय पता



OCCUPATION :

व्यवसाय

Un Employed

MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)

TOTAL ANNUAL INCOME :

कुल वार्षिक आय

(Attach Proof of Income)

(आय का प्रमाण प्रस्तुत करें)

** N No. : स्थायी निवास संख्या

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

आम आप आय कर दाता हैं (जो लागू हो उस पर टिकी का निराकरण करें)

Yes / No

हां / नहीं

FAMILY DETAILS : परिवार विवरण

Sr. No. क्रम संख्या	Name of Family Member परिवार के सदस्यों का नाम	Age (Years) वय (वर्ष)	Gender लिंग	Relation with Applicant आवेदक से संबंध
1	Chivamma	70	F	Wife

BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable)

सहायता के लिए विहित आधार

☒ Pw Card (Attach Card Copy) पारिवी रोग के गीर्ष प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की प्रतिलिपि संलग्न करें)	☒ EWS Certificate (Attach Certificate Copy) अल्प आय वर्ग 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 किसे पाने किसी का उद्देश्य:

Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached अनुपचार/प्रीस्क्रिप्शन से जारी की गई प्रमाणित सूची संलग्न
1	Original - Rt - cataract Lt - cataract
2	Surgery - Rt - cataract + p.c.c.

ASSISTANCE BEING AWARDED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES

इस उद्देश्य के हेतु कोई अन्य सहायता किसी अन्य स्रोत से मिली या तो है?

Sr. No. क्रम संख्या	NAME of OTHER SOURCE अन्य स्रोत का नाम	AMOUNT of ASSISTANCE BEING AWARDED तो यह सहायता कितनी

