

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE

सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)

(स्वास्थ्य देखभाल)



APPLICATION No.:

आवेदन संख्या:

B/0925/1962

APPLICATION DATE:

आवेदन तिथि

25/9/25

NAME of APPLICANT:

आवेदक का नाम

halakshamma

AGE-YEARS (वय-वर्ष)

76

SEX (लिंग)

F

FATHER/SPOUSE'S NAME:

पिता/पत्नी का नाम

Kishnappa

PRESENT RESIDENCE ADDRESS: वर्तमान निवास पता

Khatapawa

Hannagara

Karnataka

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS: स्थायी निवास पता

H

Pre OP - Post OP
1962 - halakshamma

OCCUPATION:

व्यवसाय

Homemaker

MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)

TOTAL ANNUAL INCOME:

कुल वार्षिक आय

(Attach Proof of Income)

(आय का प्रमाण संलग्न करें)

PAN No. (यदि प्राप्त हो)

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

क्या आप आय का दाता हैं? (जो मान्य हो उसे या नहीं का चिह्न लगाएं)

Yes / No

हाँ / 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 क्या संबंध

BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable)

सहायता के लिए निम्न आधार:

BPL Card (Attach Card Copy) गरीबी रेटा का प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की प्रतिलिपि संलग्न करें)	EPDS Certificate (Attach Certificate Copy) आय आय का प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की प्रतिलिपि संलग्न करें)	Ration Card (Attach Copy) राशनकार्ड प्रतिलिपि (प्रमाण पत्र की प्रतिलिपि संलग्न करें)	Any Other Basis/Proof अन्य कोई प्रमाण
---	---	---	---

"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE:

सहायता हेतु किसे करने विचार का उद्देश्य:

Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached अवस्थापन/प्रीस्क्रिप्शन के साथ जो भी डॉक्टर के पास भेजा गया है
1	Diagnosis LE - Cataract LE - Cataract
2	Surgery LE - Cat + IOL

ASSISTANCE BEING AWAIED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES

इस उद्देश्य के लिए कोई अन्य सहायता किसी अन्य स्रोत से प्राप्त क्या है?

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

