

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE
सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)
(स्वास्थ्य देखभाल)



APPLICATION No. / आवेदन संख्या: **B/1025/2087**

APPLICATION DATE / आवेदन तिथि: **11-10-25**

NAME of APPLICANT / आवेदक का नाम: **Malliyamma**

AGE-YEARS / आयु-वर्ष: **78** SEX / लिंग: **F**

FATHER'S/SPOUSE'S NAME / पिता/पत्नी का नाम: **N/A**



Pre op post op
2027 - Malliyamma

PRESENT RESIDENCE ADDRESS / वर्तमान आवास का पता:
**11-10-A4, A.S. Building, Grandhi Nagar,
Srinagar, Bangalore, Karnataka**

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS / स्थायी आवास का पता:
11

OCCUPATION / व्यवसाय: **Home Maker**

MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)

TOTAL ANNUAL INCOME / कुल वार्षिक आय: _____
(Attach Proof of Income) (आय का साक्ष्य संलग्न)

PAN No. / आयकर संख्या: _____

ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable):
क्या आप आय कर दाता हैं (जो मान्य हो उस पर चिह्न का निशान लगाएं): Yes / No
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 |
|-----------------------|--|---------------------------|---------------|--|
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |

BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable)
सहायता के लिये चिह्नित आधार

| | | | |
|--|--|---|---|
| <input type="checkbox"/> BPL Card (Attach Card Copy) परीची रकबा के नीचे प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें) | <input type="checkbox"/> EWS Certificate (Attach Certificate Copy) अल्प आय वर्ग प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें) | <input checked="" type="checkbox"/> Ration Card (Attach Copy) उपभोक्ता कार्ड (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें) | <input checked="" type="checkbox"/> Any Other Basis/Proof अन्य कोई साक्ष्य |
|--|--|---|---|

"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE:
सहायता हेतु किसे लिये बिस्ती का उद्देश्य:

| Sr. No. / क्रम संख्या | Medical Reports/Prescriptions Attached / आस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई प्रतिवेदन सूची संलग्न |
|-----------------------|---|
| ① | Diagnosis RE - PUL LE - Gut |
| ② | Surgery CE - Gut + PUL |
| | |
| | |
| | |

ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES
इस उद्देश्य के हेतु कहीं अन्य सहायता किसी अन्य स्रोत से लिया गया है?

| Sr. No. / क्रम संख्या | NAME of OTHER SOURCE / अन्य स्रोत का नाम | AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILED / ली गई सहायता राशि |
|-----------------------|--|--|
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |

