

**APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE**

सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)

(स्वास्थ्य देखभाल)



APPLICATION No. : आवेदन संख्या : B/1025/2129 APPLICATION DATE : आवेदन तिथि : 14/10/25

NAME of APPLICANT : आवेदक का नाम : Gopalaiah. AGE-YEARS आयु-वर्ष : 75 SEX लिंग : M

FATHER'S/SPOUSE'S NAME : पिता/पत्न्या का नाम : S/o Venkatesh.

PRESENT RESIDENCE ADDRESS वर्तमान आवासीय पता : Batacharavadi village, Tasekanambli, Bundalpet 102 (Munimajra nagar p). Karnataka.

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS : स्थायी आवासीय पता : \_\_\_\_\_



OCCUPATION : व्यवसाय : Unemployed MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित) :  /

TOTAL ANNUAL INCOME : कुल वार्षिक आय : \_\_\_\_\_ (Attach Proof of Income) (आप का सक्षम प्रमाण)

PAN No. स्थायी खाता संख्या : \_\_\_\_\_ ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable): (आप आय कर दाता हैं (जो मान्य हो उस पर सही 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) उम्र (वर्ष)	Gender लिंग	Relation with Applicant आवेदक के साथ संबंध
1	Bhagyamma	56	F	Wife.
2	Venkatesh	33	M	Son.
3	Vimala	22	F	Daughter-in-law.

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

BPL Card (Attach Card Copy) पीसी रेखा के नीचे प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें)	EWS Certificate (Attach Certificate Copy) अन्य आय वर्ग प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें)	Ration Card (Attach Copy) उपभोगता कार्ड (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें)	Any Other Basis/Proof अन्य कोई सक्षम
---	--	---	--------------------------------------

**"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE: सहायता हेतु किये गये विनती का उद्देश्य:**

Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached अस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई प्रतिवेदन सूची संलग्न
1	Diagnosis - RE cataract & LE cataract
2	Surgery - RE cataract + P.C.I.L

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

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

