

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE

सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)

(स्वास्थ्य देखभाल)



APPLICATION No.: B/1025/2130
आवेदन संख्या:

APPLICATION DATE: 14/10/25
आवेदन तिथि

NAME of APPLICANT: Devappa
आवेदक का नाम

AGE-YEARS 65
SEX M

FATHER'S/SPOUSE'S NAME: S/o Madappa
पिता/सहोदर का नाम

PRESENT RESIDENCE ADDRESS: Mallamavalur village, Breakhall, Gundakal (T),
(Channarayana) D. Karnataka.

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS: [Blank]

OCCUPATION: Unemployed

MARRIED / UNMARRIED

TOTAL ANNUAL INCOME: [Blank]

(Attach Proof of Income)

PAN No. [Blank]

ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable):
क्या आप आय कर दाता हैं (जो मान्य हो उस पर सही का निशान लगाएं)

Yes / No
हां / 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 सम्बन्ध
1	HEKA mahadevamma	57	F	wife
2	Nagendra	23	M	son
3	Amritha	25	F	Daughter

BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable)
सहायता के लिए विनोद आधार

<input checked="" type="checkbox"/> BPL Card (Attach Card Copy) सही नोटा के नीचे प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की साथ प्रति संलग्न करें)	<input type="checkbox"/> EWS Certificate (Attach Certificate Copy) अन्य अन्य वर्ग प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की साथ प्रति संलग्न करें)	<input checked="" type="checkbox"/> Ration Card (Attach Copy) उपभोक्ता कार्ड (प्रमाण पत्र की साथ प्रति संलग्न करें)	<input type="checkbox"/> Any Other Basis/Proof अन्य कोई सत्य
--	---	--	--

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

Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached अस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई प्रमाणित सूची संलग्न
1	Ditagnostic - RE cataract RE cataract
2	Surgery - RE cat + PCTOL

ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES
इस उद्देश्य के हेतु कोई 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 लौ गई सहायता राशि



Pre OP 2130 Post OP Devappa

