

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE
सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)
(स्वास्थ्य देखभाल)



APPLICATION No. : R/1025/2134 APPLICATION DATE : 14/10/25
आवेदन संख्या : आवेदन तिथि

NAME of APPLICANT : Kusaiyah AGE-YEARS 74 SEX M
आवेदक का नाम उम्र-वर्ष लिंग

FATHER'S/SPOUSE'S NAME : Sho (L) Putta Basappa
पिता/पत्नी का नाम

PRESENT RESIDENCE ADDRESS : Hangate village, Gundalpet (1), Channarayana Nagar, Hampdena.
वर्तमान आवासीय पता

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS : Blank
स्थायी आवासीय पता



Pre OP 2159 Post OP Kusaiyah.

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

TOTAL ANNUAL INCOME : Blank (Attach Proof of Income)
कुल वार्षिक आय (आय का प्रमाण प्रस्तुत करें)

PAN No. Blank

RE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable):
क्या आप आय करदाता हैं (को मध्य हो उस पर छकी का निशान लगायें) 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	<u>Bellamma</u>	<u>68</u>	<u>F</u>	<u>Wife</u>

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

<input type="checkbox"/> BPL Card (Attach Card Copy) गरीबी रेषा के नीचे प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की प्रतिलिपि संलग्न करें)	<input type="checkbox"/> EWS Certificate (Attach Certificate Copy) अल्प आय वर्ग प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की प्रतिलिपि संलग्न करें)	<input type="checkbox"/> Ration Card (Attach Copy) उपभोग्य कार्ड (प्रमाण पत्र की प्रतिलिपि संलग्न करें)	<input type="checkbox"/> Any Other Basis/Proof अन्य कोई प्रमाण
---	---	--	--

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

Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached अस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई प्रतिवेदन सूची संलग्न
①	<u>Diagnosis - RE cataract, LE cataract.</u>
②	<u>Surgery - LE cat + PCIOL</u>

ASSISTANCE BEING AWAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES
इस उद्देश्य के हेतु कोई अन्य सहायता किसी अन्य स्रोत से लिये गयी है?

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

