

**APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE**  
सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)  
(स्वास्थ्य देखभाल)



APPLICATION No. : 13/1025/2145  
आवेदन संख्या : 13/1025/2145

APPLICATION DATE : 14/10/25  
आवेदन तिथि : 14/10/25

NAME of APPLICANT : Mangalamma  
आवेदक का नाम : Mangalamma

AGE-YEARS : 45  
SEX : F

FATHER'S/SPOUSE'S NAME : W/O Lingamayaka  
पिता/कटुम्ब का नाम : W/O Lingamayaka

PRESENT RESIDENCE ADDRESS : Kundalpet (T), Bomalapur, Chamalapur (M), Karnataka.  
वर्तमान आवासीय पता : Kundalpet (T), Bomalapur, Chamalapur (M), Karnataka.

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS :   
स्थाय आवासीय पता :   
/



Pre OP 2145 Post OP Mangalamma

OCCUPATION : Homemaker  
व्यवसाय : Homemaker

MARRIED (निश्चित) / UNMARRIED (अनिश्चित)

TOTAL ANNUAL INCOME :   
कुल वार्षिक आय :   
(Attach Proof of Income) (आय का प्रमाण संलग्न)

PAN No. :   
आय का प्रमाण संलग्न

ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable):  
क्या आप आय कर दाता हैं (कौन सा विकल्प 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 संबंध
1	Lingamayaka	55	M	Husband.
2	Chandu B.N	23	M	Son.
3	Shalini	16	F	Daughter.

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

<input checked="" type="checkbox"/> BPL Card (Attach Card Copy) गरीबी रेषा 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) अन्नपूर्णा कार्ड (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें)	<input type="checkbox"/> Any Other Basis/Proof अन्य कोई प्रमाण
---	--	---	---

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

Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached अस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई प्रसिद्धि सूची संलग्न
1	Diagnosis - RE PCTOL LE cataract.
2	Surgery - LE cataract + 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 कौन सा सहायता राशि

