

**APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE**

सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)  
(स्वास्थ्य देखभाल)



APPLICATION No. : 8/1025/2150  
आवेदन संख्या :

APPLICATION DATE : 14/10/25  
आवेदन तिथि

NAME of APPLICANT : Jyotsnashmi  
आवेदक का नाम

AGE-YEARS 55  
SEX F

FATHER'S/SPOUSE'S NAME : W/o Siddashetty  
पिता/ससुर का नाम



pre of Post of 2150 Jyotsnashmi

PRESENT RESIDENCE ADDRESS : H. no. Kesaba Hobli, Kannatalapura, Kundalpet (T), Chamrajnagar (D), Karnataka.

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS : Same as above

OCCUPATION : Home maker

MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)

TOTAL ANNUAL INCOME :  
कुल वार्षिक आय

(Attach Proof of Income)  
(आय का प्रमाण प्रस्तुत करें)

PAN No. यदि खाता संख्या

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

Yes / No  
हां / नहीं

**FAMILY DETAILS परिवार विवरण**

| Sr. No.<br>क्रम संख्या | Name of Family Member<br>परिवार के सदस्यों का नाम | Age (Years)<br>उम्र (वर्ष) | Gender<br>लिंग | Relation with Applicant<br>आवेदक से क्या सम्बन्ध |
|------------------------|---|----------------------------|----------------|--|
| 1                      | Shreetha G.                                       | 20                         | F              | Grand Daughter                                   |
|                        |   |                            |                |  |
|                        |   |                            |                |  |
|                        |   |                            |                |  |
|                        |   |                            |                |  |

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

|   |  |   |   |
|---|--|---|---|
| <input checked="" type="checkbox"/> BPL Card<br>(Attach Card Copy)<br>एपीसी कार्ड के साथ प्रमाण पत्र<br>(प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें) | <input type="checkbox"/> EWS Certificate<br>(Attach Certificate Copy)<br>एएस ईएस सर्व प्रमाण पत्र<br>(प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें) | <input checked="" type="checkbox"/> Ration Card<br>(Attach Copy)<br>उपभोक्ता कार्ड<br>(प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें) | <input type="checkbox"/> Any Other<br>Basis/Proof<br>अन्य कोई साक्ष्य |
|---|--|---|---|

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

| Sr. No.<br>क्रम संख्या | Medical Reports/Prescriptions Attached<br>अस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई प्रतिवेदन सूची संलग्न |
|------------------------|--|
| 1                      | Diagnosis - RE cataract.<br>RE cataract.   |
| 2                      | Surgery - RE Cat + P.C.I.O.L.  |
|                        |  |
|                        |  |

**ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES**  
इस उद्देश्य के हेतु कहीं अन्य सहायता किमी अन्य स्रोत से लिखा गया हो?

| Sr. No.<br>क्रम संख्या | NAME of OTHER SOURCE<br>अन्य स्रोत का नाम | AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILED<br>कौी गई सहायता राशी |
|------------------------|---|--|
|                        |   |  |
|                        |   |  |
|                        |   |  |

