

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE  
सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)  
(स्वास्थ्य देखभाल)



APPLICATION No.: B/1125/2469-  
आवेदन संख्या:

APPLICATION DATE: 13/11/25  
आवेदन तिथि

NAME of APPLICANT: M. Basavanaj  
आवेदक का नाम

AGE-YEARS 75  
SEX 71

FATHER'S/SPOUSE'S NAME: Sh. Mudappa.  
पिता/कटुम्भ का नाम



Pre OP post OP  
2469 Basavanaj

PRESENT RESIDENCE ADDRESS: H. No. 121, Aladaballi, Belagachahalli post, Tiptur, Channarayana district, Karnataka

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS: -/-

OCCUPATION: Unemployed

MARRIED (निवाहित) /  UNMARRIED (अनिवाहित)

TOTAL ANNUAL INCOME: -  
कुल वार्षिक आय

PAN No. -

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

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
/				

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

<input type="checkbox"/> BPL Card (Attach Card Copy) गरीबी रेशा के नीचे प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र को जोड़ा प्रति संलग्न करें)	<input type="checkbox"/> EWS Certificate (Attach Certificate Copy) अल्प आय वर्ग प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र को जोड़ा प्रति संलग्न करें)	<input checked="" type="checkbox"/> Ration Card (Attach Copy) उपभोक्ता कार्ड (प्रमाण पत्र को जोड़ा प्रति संलग्न करें)	<input type="checkbox"/> Any Other Basis/Proof अन्य कोई भी
---	---	--	--

"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
	diagnosis RE Cataract LE PCLOL
	Surgery RE Cataract + PCLOL

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 राशी
/		

