

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE
सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)
(स्वास्थ्य देखभाल)



APPLICATION No.: आवेदन संख्या : B/1225/2801

APPLICATION DATE: आवेदन तिथि: 9/12/25

NAME of APPLICANT: आवेदक का नाम: Mouli Pasha

AGE-YEARS जन्म-वर्ष: 57 SEX लिंग: M

FATHER'S/SPOUSE'S NAME: पिता/कटुम्ब का नाम: S to Abdul Masid



Pre OP Post OP
2801 Mouli Pasha

PRESENT RESIDENCE ADDRESS: वर्तमान आवासीय पता
NO - 214 Near. Anjameya Temple
Bheepasandara R.M.V extension II Stage

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS: स्थाई आवासीय पता
व.क.म.क.क. - 11

OCCUPATION: व्यवसाय: Coolie

MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)

TOTAL ANNUAL INCOME: कुल वार्षिक आय: 30,000 ₹

(Attach Proof of Income)
(आप का साक्ष्य संलग्न)

PAN No. स्थाई खाता संख्या

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 सम्बंध
①	<u>Sajida Begum</u>	<u>47</u>	<u>F</u>	<u>Wife</u>
②	<u>Ayub Pasha</u>	<u>20</u>	<u>M</u>	<u>Son</u>
③	<u>Adif Pasha</u>	<u>19</u>	<u>M</u>	<u>Son</u>

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

BPL Card (Attach Card Copy) गरीबी रेषा के नीचे प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें)	EWS Certificate (Attach Certificate Copy) अल्प आय वर्ग प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें)	Ration Card (Attach Copy) उपभोग्य कार्ड (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें)	Any Other Basis/Proof अन्य कोई साक्ष्य
---	---	--	---

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

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

ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES
इस उद्देश्य के हेतु कोई अन्य सहायता किन्ती अन्य स्रोत से लिया गया हो?

Sr. No. क्रम संख्या	NAME of OTHER SOURCE अन्य स्रोत का नाम	AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILED सी गई सहायता राशी

