

**APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE**

सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)

(स्वास्थ्य देखभाल)



APPLICATION No. : आवेदन संख्या : **B/0126/3329**

APPLICATION DATE : आवेदन तिथि **28/1/20**

NAME of APPLICANT : आवेदक का नाम **Lakkegowd**

AGE-YEARS आयु-वर्ष **72** SEX लिंग **M**

FATHER'S/SPOUSE'S NAME : पिता/कथुम का नाम **S/O Ninge Gowd**



pre OP post op  
3329 Lakkegowda

PRESENT RESIDENCE ADDRESS वर्तमान आवासीय पता  
**Baichemahalli Avasikere Taluk**

**Hassam DISTRICT, Karnataka**

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS : स्थाई आवासीय पता  
**- 1 -**

OCCUPATION : व्यवसाय **unemployed**

MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)

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

PAN No. स्वयं चला संख्या

ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable):  
यदि आप आय कर दाता हैं (जो लागू हो उस पर चिह्न का निशान लगाए):  
Yes / No हाँ / नहीं  हाँ

**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	Hsiabhu	30	M	SON

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

<input checked="" type="checkbox"/> BPL Card (Attach Card Copy) गरीबी रेशा के नीचे प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें)	<input type="checkbox"/> EWS Certificate (Attach Certificate Copy) आय 20000 तक प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें)	<input checked="" type="checkbox"/> Ration Card (Attach Copy) उपभोग्यता कार्ड (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें)	<input type="checkbox"/> Any Other Basis/Proof अन्य कोई प्रमाण
---	---	--	--

**"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE:**  
सहायता हेतु किए गए निशानों का उद्देश्य:

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

**ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES**  
इस उद्देश्य के हेतु कोई अन्य सहायता किसी अन्य स्रोत से ली जा चुकी है?

Sr. No. क्रम संख्या	NAME of OTHER SOURCE अन्य स्रोत का नाम	AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILED उसी हेतु सहायता राशि

