

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE
सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)
(स्वास्थ्य देखभाल)



APPLICATION No.:

आवेदन संख्या :

3/0126/3335

APPLICATION DATE:

आवेदन तिथि

28/1/24

NAME of APPLICANT:

आवेदक का नाम

Renukamma

AGE-YEARS आयु-वर्ष

60

SEX लिंग

F

FATHER'S/SPOUSE'S NAME:

पिता/पत्न्या का नाम

w/o Lakappa



pre OP post OP
3335 Renukamma

PRESENT RESIDENCE ADDRESS वर्तमान आवासीय पता

Batomahale

Kodihalli

Arasi Kere

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS स्थायी आवासीय पता

Taluk

Hassan

DISTRICT

Kusmatak

-11-

OCCUPATION:

व्यवसाय

Home Maker

(MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (नविवाहित))

TOTAL ANNUAL INCOME:

कुल वार्षिक आय

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

PAN No. स्थायी खाता संख्या

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

Yes / No

हाँ / 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

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

"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
①	Diagnosis RE cataract LE. PCIOL
②	surgery RE cataract + PCIOL

ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES
इस उद्देश्य के हेतु कोई अन्य सहायता किसी अन्य स्रोत से लिये गयी है?

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

