

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE
सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)
(स्वास्थ्य देखभाल)



APPLICATION No.: आवेदन संख्या: B/0126/3355

APPLICATION DATE: आवेदन तिथि: 29/1/26

NAME of APPLICANT: आवेदक का नाम: Kuyamma

AGE-YEARS आयु-वर्ष: 64
SEX लिंग: H

FATHER'S/SPOUSE'S NAME: पिता/सहोदर का नाम: S/O Nandagouda



pre OP post OP
3355 kuyamma

PRESENT RESIDENCE ADDRESS: वर्तमान आवास पता: Gundenahalli

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS: स्थायी आवासीय पता: Kumarakapura DISTRICT Karnataka

OCCUPATION: व्यवसाय: Home Maker

MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)

TOTAL ANNUAL INCOME: कुल वार्षिक आय: 25,000/-

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

PAN No. सर्वो खाता संख्या

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

BPL Card (Attach Card Copy) गरीबी रेशा का चीन्हा 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) उपभोक्ता कार्ड (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें)	Any Other Basis/Proof अन्य कोई साक्ष्य
---	---	---	--

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

Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached अस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई प्रतिवेदन सूची संलग्न
①	Diagnosis DE cataract IB cataract
②	surgery DE cataract + PIOL

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 लिये गई सहायता राशि

