

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE
सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)
(स्वास्थ्य देखभाल)



APPLICATION No. : आवेदन संख्या : **B/0126/3358**

APPLICATION DATE : आवेदन तिथि : **29/1/26**

NAME of APPLICANT : आवेदक का नाम : **Chikka Durga Gowda**

AGE-YEARS आयु-वर्ष : **65**
SEX लिंग : **M**

FATHER'S/SPOUSE'S NAME : पिता/सहस्रिय का नाम : **S/o Kalegowda**



preop postop
3358 Chikkadurgagowda

PRESENT RESIDENCE ADDRESS : वर्तमान आवासस्थान पता : **tungani Kankapura Taluk**

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS : स्थायी आवासस्थान पता : **Dammanayyasa District Kasimabaka**

OCCUPATION : व्यवसाय : **Callie**

MARRIED (विवाहित) UNMARRIED (अविवाहित)

TOTAL ANNUAL INCOME : कुल वार्षिक आय : **30,000/-**

(Attach Proof of Income)
(आय का प्रमाण संलग्न करें)

PAN No. (यहाँ खाली रखें)

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

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 विवृति आधार

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

"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE:
सहायता हेतु किसे मने विवृति 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 RE cataract + PCICL

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 कौन सी सहायता ली गयी

