

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE
महाराष्ट्र लेत आवेदन प्राप्ति

(Healthcare) (जनरल डेंग्यो)



APPLICATION No.: K/1223/0933

APPLICATION DATE 07/12/23

NAME of APPLICANT : PHOOLMATTI PATRA
पहाड़ का नम

| | |
|------------------|------------|
| AGE-YEARS ६३-साल | SEX स्त्री |
| 63 | F |

FATHER'S/SPOUSE'S NAME : NAKUL PATRA

PRESENT RESIDENCE ADDRESS 3344 W. 35TH ST.
CHANDARKHANLI, MUMBAI, WEST BENGAL
43459

PRESENT RESIDENCE ADDRESS वर्तमान स्थायी पता

THE BOSTONIAN - 1875-1876

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS: 700 BROAD ST. W.

~~— AS ABOVE —~~

OCCUPATION : HOUSE WIFE

MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (विवाहित नहीं)

TOTAL ANNUAL INCOME: $6000 \times 12 = \$72000$

(Attach Proof of Income)

卷之三

ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSSEE? (Tick whichever is applicable)

Time / Min

卷之三

| FAMILY DETAILS | | | | |
|----------------|--|--------------------------|----------------|---|
| | Name of Family Member जीवित वे सदस्यों का नाम | Age (Years) वय (वर्ष) | Gender लिंग | Relation with Applicant अप्पेलेंट के साथ सम्बन्ध |
| 1. | CHOKI MATTI PATRA | 47 | F | SELF |
| 2. | KUSADH PATRA | | M | HUSBAND |
| 3. | KIATHA PATRA | 39 | M | SON |
| 4. | RAJU PATRA | 35 | M | SIN |
| 5. | SHRIYA PATRA | 27 | M | SIN |
| 6. | ANITA PATRA | 24 | F | DAUGHTER |

BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable)

| | | | |
|--|---|---|---|
| SPL Card (Attach Card Copy) यदीको रेखा के नींवे प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की सूची यही संलग्न करो) | EWS Certificates (Attach Certificate Copy) बहु जाप कर्ता प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की आधार दर्ता संलग्न करो) | Ration Card (Attach Copy) हरणपत्र कार्ड (प्रमाण पत्र की जावट की संलग्न करो) | Any Other Basis/Proof उत्तम कोई साध्य |
|--|---|---|---|

"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE:

सर्वानन्द की लिखे गये चित्तों का अवलोकन

| | |
|------------------------|---|
| Sl. No. क्रम संख्या | Medical Reports/Prescriptions Attached अस्पताल वर्किंग में किये जाने वाले पर्सनल रिपोर्ट एवं रिकार्ड लिखित रूप से संलग्न |
| 1. | DIAGNOSIS — CATARACT- RE |
| 2. | SURGERY — RE (SICS + IOL) |

ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES
को जितने के लिए दोस्तों से विभिन्न रूपों से मदद मिलती है?

DECLARATION by APPLICANT. अप्लिकेशन द्वारा किया गया घोषणा

- I hereby confirm that all details in this Form are True to the best of my knowledge. Any false statement will render my Application & ongoing assistance, if any, liable for rejection/cancellation.
 - I solemnly confirm that assistance, if received from Koshika Foundation, will be used only for the "purpose", as stated in this Form, for which such assistance was requested by me.
 - I hereby confirm that I have not & will not in future, avail of reimbursement, in part or in full, from any other source/employment/insurance company, of the amount for which this assistance is requested.

(1) मैं पापा का हूँ वे इस त्रैतीय में लिखे पाए गए विवरण सही चाहताही वे बदूल्य नहीं होते हैं। परं उन्हें विवर दर्श करने वाले पापा को हैं जो ऐसी स्थिति की वे चाहते हैं।

(2) मैं इस वे आवश्यक तरीके "इनिशियाल पार्टीट्रैटर", वे तो न ली है, उसका उपरोक्त इसी तरीके की पुरी वे लिखे विवर चाहते, जो इस त्रैतीय में यह रहा है।

(3) मैं पुरी विवर हूँ वे लिखे विवर चाहता हूँ वे इस त्रैतीय की जगह हैं, जो तीन वा अधिक वे वाले हिस्से विवर, जब उन्हें इनिशियाल पार्टीट्रैटर वाली हैं वे तो लिखे विवर हैं जो वे वी वी वाली हैं।

AGREEMENT by APPLICANT (check one box)

- 1) By affixing my signature or thumb impression on this Form, I (Applicant) hereby agree & authorise Koshika Foundation and its Trustees to use/publish/put-up/reproduce my name, address, photo & details of the "purpose", for which such assistance is requested/granted, through any medium, including but not limited to verbal, print, electronic, for soliciting donations for Koshika Foundation and/or disseminating information about its activities/achievements. Such use of my photo & details can be made by Koshika Foundation before or after my treatment or fulfilment of the "purpose" for which assistance is being requested.

- 2) I (Applicant) further agree that any such use of my name, address, photo & details of the "purpose", for which such assistance is requested/granted, will not automatically entitle me for receiving or continuing the said assistance. The decision for granting and/or continuing the assistance will rest solely with the Trustees of Kochika Foundation, and their decision in this regard will be final and acceptable to me.

- 1.) इस प्रकार का अपने उत्तराधिकारी योगीहो वही साधक होता है जो "विशिष्ट चारों देवतानां ते उत्तर्वासीनों" की समीकृति करता है जिसे यह भगवान्, चोटी और वैदिक इति ग्रन्थ ने घोषित है, जो "विशिष्ट" सन् यजुर्वेद, एवं यजोवेद आदि द्वारा संहीन से बहुत परिवर्तित होने वाली वाक्यालय से उत्तर्वासीनों के विवेद विवरण योगी प्रसार यात्रामें भी उपलब्ध नहाते हैं तथा इसी विवरण से इति विवरण में वाक्यालय के वाहनों को दिया गया है। योगी यात्रा को विवरण योगी इति के वाहनों का वाहन में वाहनों को दिया गया है। योगी विवरण में वाक्यालय के वाहनों को दिया गया है।

2.) वै (सामाजिक) इस वाहन से संबंधित है जिसे योगी यात्रा, योगी, चोटी और वैदिक इति विवरण के विवरण में वाक्यालय के वाहनों के उत्तर्वासीनों से उत्पन्न है तुर्ण वाहन, यात्रावाहन वा इति विवरण की वाहन। इस वाहन में "विशिष्ट" एवं उत्तर्वासीनों का विवरण अंकित होता है।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION:

中華書局影印



AGREEMENT by HOSPITAL (FIRM IN BLOCK)

By affixing hereunder, signature of our Authorised Signatory for recommending this case/patient for financial assistance from Koshika Foundation, we (Hospital) hereby affirm & accept following:

- 1) that we neither are presently nor will in future avail of financial assistance from another NGO or any other source, for the same patient/case, as we are requesting to get from Koshika Foundation, to the extent that such assistance is granted by Koshika Foundation. If the requested assistance is not granted by Koshika Foundation, in part or in full, then the Hospital reserves it's right to make up the shortfall from another NGO or any other source. This confirmation essentially states that the Hospital will not avail any duplicate assistance for the same patient/case from any other NGO or any other source.

2) The assistance from Koshika Foundation is only financial in nature. The choice of the treatment/procedure advised/conducted by the Hospital on the patient, is based on the arrangement between the patient & the Hospital, and is in no way influenced by Koshika Foundation. Hence, the Hospital will assume sole & complete responsibility of the treatment & it's outcome & safety of the patient, and Koshika Foundation will have no role or responsibility in the matter.

- 1) यह कि व ही साक्षरता में विभिन्न साक्षरता विनीयों गे साक्षरता प्रोग्राम के लिये अपने खोले से राशा एवं राशी-समाजों में दीरी पा ले चुके हैं, ऐसे कि इन्होंने "सौरक्षित भवन-बोर्डर" में विभिन्न विनीयों तक एवं साक्षरता में "सौरक्षित भवन-बोर्डर" द्वारा प्रदर्श दें दिया है। यह "सौरक्षित भवन-बोर्डर" द्वारा यातायात विनीयों विभिन्न भवन-बोर्डर द्वारा नया भी विनीय बना है जो व्यापक रूप से साक्षरता संसाधन के लिये अपने व्यापक साक्षरता विनीयों का व्यापक संग्रह करता है। इस उद्देश्य के लिये यह व्यापक साक्षरता विनीयों की विविधता का व्यापक संग्रह करता है।

- ² "Kathmandu's urban sprawl? It's time to reassess where Indian capital will be built as economy grows at rate of 8% per year," *The Hindu*, 2007.

“**प्राचीन वार्षिकी**” द्वारा लिखी उत्तर का कोई प्रभाव नहीं है। इसलिए इन्हाँने दोहरी दोहरी बारे यही चीज़ियोंको लिखा है।

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE

Date of Surgery
सर्जरी की तिथि

Dr. Shobha Desai
M.B.B.S. M.A.
Gold Medalist
(Name of Dr. & Regd. No. with Stamp)

OPTIONAL FORM NO. 1
OPTIONAL FORM NO. 1
SANKALP INSTITUTE

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION

प्राचीन ग्रन्थ

SIGNATURE of TRUSTEE 1
नामी इमारा ।

SIGNATURE of TRUSTEE 2
अमृता शर्मा 2

Safaryl

See Note