

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE

सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)

(स्वास्थ्य देखभाल)

Koshika
foundation

Building block of life.

APPLICATION No.: K/1223/0933 APPLICATION DATE: 09/12/23

NAME of APPLICANT: PHOOLMATTI PATRA AGE-YEARS: 63 SEX: F

FATHER'S/SPOUSE'S NAME: NAKUL PATRA

PRESENT RESIDENCE ADDRESS: CHANDARKHALI, HINDALGARI, DIST. S. PARGANA, 743439, WEST BENGAL

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS: AS ABOVE

OCCUPATION: HOUSE WIFE

MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)

TOTAL ANNUAL INCOME: 6000 x 12 = 72000

(Attach Proof of Income)
(आप का आय प्रमाण)

PAN No. (आई टैक्स संख्या)

ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable):
क्या आप आय कर दाता हैं (जो लागू हो उस पर तिक को निशान लगाएं)Yes / हाँ
No / नहीं

FAMILY DETAILS परिवार विवरण

Sr. No. क्रम संख्या	Name of Family Member परिवार के सदस्य का नाम	Age (Years) उम्र (वर्ष)	Gender लिंग	Relation with Applicant आवेदक के साथ संबंध
1.	PHOOLMATTI PATRA	63	F	SELF
2.	BOISADH PATRA	41	M	HUSBAND
3.	MAHESH PATRA	39	M	SON
4.	RAJU PATRA	36	M	SON
5.	SHILA PATRA	23	M	SON
6.	ANITA PATRA	24	F	DAUGHTER

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

BPL Card (Attach Card Copy) गरीबी रखा के साथ 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) रसयोजना कार्ड (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें)	Any Other Basis/Proof अन्य कोई साधन
---	---	--	---

"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE:
सहायता हेतु निम्न लक्ष्य निम्नी का उद्देश्य:

Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached अनुप्राण/दवाखत से करी की गई प्रमाणित सूची संलग्न
1.	DIAGNOSIS — CATARACT — RE
2.	SURGERY — RE (SICS + IOL)

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

Sr. No. क्रम संख्या	NAME of OTHER SOURCE अन्य स्रोत का नाम	AMOUNT of ASSISTANCE BEING AWARDED करी गई सहायता राशि

1) I hereby confirm that all details in this form are true to the best of my knowledge. Any false statement will render my Application & on-going assistance, if any, liable for rejection/cancellation.

2) 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.

3) I hereby confirm that I have not & will not in future, avail of reimbursement, in part or in full, from any other source/employer/insurance company, of the amount for which this assistance is requested.

- AGREEMENT by APPLICANT (attach 2nd copy)

- 2) मैं (अन्योन्य) इस बात से सन्तुष्ट हूँ कि भगवान्, गुरु, मोक्ष और विद्या के बिना साधक के अन्तर्मुखी से उद्भिदि है मुझे तथा; असाधक का उद्धार नहीं करता; इस सम्बन्ध में "योगिना" तथा उन्मुख-व्यक्ति का निर्णय अन्तिम और बाधनकारी होता।

आलेख के सम्बन्ध में कोई भी प्रश्न



AGREEMENT by HOSPITAL (FORM 275-800)

2. "कीर्तिका पराजयेश" से ही यह सहायता लेना विचार प्रकट हो है। ऐसी या इच्छाएँ इसी ही यह ज्ञात है कि वह उपर्युक्तियों का सुख हो ही इच्छाएँ से ही या विचार है और "कीर्तिका पराजयेश" इस विचार प्रकाश का कार्य प्रकाश हो है। इसीलिए इच्छाएँ से ही यह ज्ञात प्रकाश और ज्ञान का ही ज्ञान विचारों से ही यह इच्छाएँ से ही और "कीर्तिका" की ही विचार या विचारों से ही ज्ञान से ही हो ही।

स्वीकृती नो लिफ संस्थान

(Name of Dr. & Regs. No. with Stamp)

OPTIONAL FOR THE USER

(Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory
on behalf of Hospital)

SANKAR ANAND SUTUTE

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION

ਸ਼ੁਕਲੀਕ ਤਪਸ਼ਿਸ਼ੀ

SIGNATURE of TRUSTEE 2
अमी दयाल ३

Satzung

12/18