

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE

सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)

(स्वास्थ्य देखभाल)


Koshika
 foundation
 Building Block of life

 APPLICATION No. / आवेदन संख्या : **NNN/0817/0151** APPLICATION DATE / आवेदन तिथि : **15/08/2017**

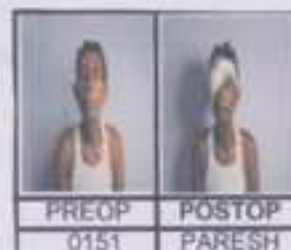
 NAME of APPLICANT / आवेदन का नाम : **PARESH PRAMANIK** AGE-YEARS आयु-वर्ष : **60** SEX लिंग : **M**

 FATHER'S/SPOUSE'S NAME / पिता/पत्नी का नाम : **Dalia Pramanik**

PRESENT RESIDENCE ADDRESS वर्तमान निवास पता

Vill+PO: **Damanjaria**, PS: **Bagnan**, Dist: **Huairah**

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS स्थाई निवास पता

Vill+PO: **DA**, PS: **DA**, Dist: **DA**

PREOP

0151

POSTOP

PARESH

OCCUPATION / व्यवसाय : **Farmy & Jearstol**

MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)

TOTAL ANNUAL INCOME / कुल वार्षिक आय : **10000**(Attach Proof of Income)
(आय का प्रमाण प्रस्तुत करें)

PAN No. रण्य संख्या

ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable):
क्या आप आय कर दाता हैं (जो कानून हो उस पर सही का निशान लगाएं)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 आवेदन के साथ सम्बन्ध
1.	Dalia Pramanik	49	F	Wife
2.	Subrata Pramanik	26	M	Son
3.				

BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable)
सहायता के लिये विधि आधार

BPL Card (Attach Card Copy) गरीबी रक्षा के लिये प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की कानून प्रती प्रमाण करें)	EWS Certificate (Attach Certificate Copy) आय आय का प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की कानून प्रती प्रमाण करें)	Ration Card (Attach Copy) उपभोग्य कार्ड (प्रमाण पत्र की कानून प्रती प्रमाण करें)	Any Other Basis/Proof अन्य कोई साधन
---	--	---	---

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

Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached अस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई प्रीस्क्रिप्शन सूची संलग्न
1.	Diagnosis: RF. Nuclear Sclerosis II-III
2.	Operation Notes: STCS WITH PC JOL, (RF)

ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES
इस उद्देश्य के हेतु कोई अन्य सहायता किसी अन्य स्रोत से लिए गए हैं?

Sr. No. क्रम संख्या	NAME of OTHER SOURCE अन्य स्रोत का नाम	AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILED सी गई सहायता राशि
1.	V. M. A. N. N.	

DECLARATION by APPLICANT: (आवेदक द्वारा घोषणा करें)

- 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 & ongoing 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.

- 1) मैं घोषणा करता हूँ कि इस प्रकार से दिये गये सभी विवरण मेरी जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई विवरण सत्य/सही नहीं माना जाय तो मेरी सहायता निरास की जा सकती है।
- 2) मैं इस बात को गारंटी करता हूँ कि "कोशिका फाउंडेशन", से जो भी सहायता मिलेगी, उसका उपयोग केवल उद्देश्य के पूर्ण होने के लिए किया जाएगा, जो इस प्रकार से बताया गया है।
- 3) मैं पुष्टि करता हूँ कि मैं इस सहायता हेतु या भविष्य में किसी भी अन्य स्रोत/रोजगार/बीमा कंपनी से न कोई रिफंड लेऊंगा और न ही मेरे परिवार के सदस्यों से।

AGREEMENT by APPLICANT (आवेदक द्वारा करार)

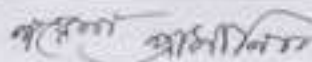
1) By affixing my signature or thumb impression on this Form, I (Applicant) hereby agree & authorise Koshika Foundation and its Trustees to use/publish/put-up/reproduce my name, address, photo & details of the "purpose", for which such assistance is requested/granted, through any medium, including but 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 Koshika Foundation, and their decision in this regard will be final and acceptable to me.

- 1) इस प्रकार से मेरी हस्ताक्षर या अंगुली का छाप लगाकर, मैं (आवेदक) अपनी सहमति को पुष्टि करता हूँ एवं "कोशिका फाउंडेशन और इसके ट्रस्टी" को अधिकृत करता हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और मेरे विवरण इस प्रकार से प्रकाशित हों, जहाँ "कोशिका" दवायु, चिकित्सा, चिकित्सा, चिकित्सा से जुड़ी गतिविधियों और उपलब्धियों के लिए किसी भी माध्यम में प्रकाशित करने के लिए अधिकृत है। मेरे प्रकार का विवरण मेरी इच्छा के बिना या मेरे नाम के बिना "कोशिका फाउंडेशन" के बिना अधिकृत है।
- 2) मैं (आवेदक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण को कि सहायता के अर्थ में प्रकाशित है, मेरे लिए अंतिम है। सहायता का इस्तेमाल नहीं किया जा सकता। इस संबंध में "कोशिका" दवायु उपलब्ध गतिविधियों का निर्माण अंतिम और स्वीकार्य होगा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION :

आवेदक के हस्ताक्षर या बाएं 엄指 का निशान


AGREEMENT by HOSPITAL (हस्पताल द्वारा करार)

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 its 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 & its outcome & safety of the patient, and Koshika Foundation will have no role or responsibility in the matter.

इससे अधिकृत, हमारे द्वारा की गई और से सहायता के लिए "कोशिका फाउंडेशन" से वित्तिय सहायता हेतु सिफारिश की जाती है, कि हम (हस्पताल) निम्न प्रकार से मान्यता स्वीकार करते हैं।

1) यह कि न तो वर्तमान और न ही भविष्य में वित्तिय सहायता किसी भी सहायता के बिना या किसी अन्य स्रोत से प्राप्त की जाएगी, जो कि हमें "कोशिका फाउंडेशन" से सिफारिश/अनुमति प्राप्त करने के लिए "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा प्रदान किया जा रहा है। यदि "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा सहायता नहीं दी जाती है, तो हमें सहायता के लिए अन्य स्रोतों से सहायता लेने का अधिकार सुरक्षित रहता है। इस पुष्टि में स्पष्ट कहा जाता है कि सहायता वित्तिय सहायता हेतु सिफारिश की जाती है और "कोशिका" को कोई भूमिका या जिम्मेदारी इस मामले में नहीं होती।

2. "कोशिका फाउंडेशन" से जो भी सहायता प्रदान की जाती है, वह केवल वित्तिय प्रकृति की है। रोगी या हस्पताल द्वारा दी गई सहायता या बिना किसी अन्य सहायता के बिना ही सहायता प्रदान की जाती है।

कोशिका फाउंडेशन से सहायता के लिए "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा प्रदान किया जा रहा है। इससे अधिकृत, हमारे द्वारा की गई और से सहायता के लिए "कोशिका फाउंडेशन" से वित्तिय सहायता हेतु सिफारिश की जाती है, कि हम (हस्पताल) निम्न प्रकार से मान्यता स्वीकार करते हैं।

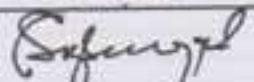
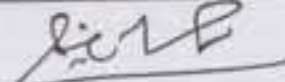
RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE

स्वीकृति के लिए संरक्षित

Date of Surgery ऑपरेशन की तारीख 24/5/17	MEDICAL OFFICER Dr. IC KETRA NIRMAY NIKETAN VIVEKANANDA MISSION ASRAM (Name of Dr. & Regn. No. with Stamp) डॉक्टर का नाम व हस्ताक्षर व रजि. नं.	Dr. DY MANAGER VMA NETRA NIRMAY NIKETAN (Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory) Dr. PUSHPAK KUMAR डॉ. व. व. हस्ताक्षर अधिकृत अधिकारी
---	--	---

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION

अन्तर्गत उपयोग हेतु

SIGNATURE of TRUSTEE 1 नामी हस्ताक्षर 1 	SIGNATURE of TRUSTEE 2 नामी हस्ताक्षर 2 
--	---