

## APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE

सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)

(स्वास्थ्य देखभाल)

APPLICATION No. :

आवेदन संख्या :

K/0917/0828

APPLICATION DATE :

आवेदन तिथि

02.09.17

NAME of APPLICANT :

आवेदक का नाम

ANATH PRAMANICK

AGE-YEARS आयु-वर्ष

60

SEX लिंग

M

FATHER/SPOUSE'S NAME :

पिता/पत्नी का नाम

KHAGEN PRAMANICK

PRESENT RESIDENCE ADDRESS वर्तमान आवासीय पता

19/A GOBINDA CHANDRA KHATICK ROAD,  
KOLKATA, WEST BENGAL

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS स्थायी आवासीय पता

AS ABOVE



OCCUPATION :

व्यवसाय

LABOUR

TOTAL ANNUAL INCOME :

कुल वार्षिक आय

Rs. 1800 x 12 = 21,600/-

(Attach Proof of Income)

(आय का साक्ष्य संलग्न)

PAN No. स्थायी खाता संख्या

ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable):

क्या आप आय कर दाता हैं (जो लागू हो उस पर सही का चिह्न लगाएं)

Yes / No

हाँ / नहीं

## FAMILY DETAILS परिवार विवरण

| Sr. No.<br>क्रम संख्या | Name of Family Member<br>परिवार के सदस्यों का नाम | Age (Years)<br>उम्र (वर्ष) | Gender<br>लिंग | Relation with Applicant<br>आवेदक के साथ सम्बन्ध |
|------------------------|---------------------------------------------------|----------------------------|----------------|-------------------------------------------------|
| 1.                     | ANATH PRAMANICK                                   | 60                         | M              | SELF                                            |
| 2.                     | GANGA PRAMANICK                                   | 53                         | F              | WIFE                                            |
| 3.                     | MOHAN PRAMANICK                                   | 50                         | M              | SON                                             |
| 4.                     | SRABONTI PRAMANICK                                | 26                         | F              | DAUGHTER                                        |
|                        |                                                   |                            |                |                                                 |
|                        |                                                   |                            |                |                                                 |
|                        |                                                   |                            |                |                                                 |
|                        |                                                   |                            |                |                                                 |
|                        |                                                   |                            |                |                                                 |
|                        |                                                   |                            |                |                                                 |

BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable)

सहायता के लिए किसी आधार

|                                                                                                             |                                                                                                                   |                                                                                             |                                              |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------|
| BPL Card<br>(Attach Card Copy)<br>संश्लेषी रेशम को पीछे डालना पर<br>(प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें) | EWS Certificate<br>(Attach Certificate Copy)<br>आय आय वर्ग प्रमाण पत्र<br>(प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें) | Ration Card<br>(Attach Copy)<br>व्यवस्थापक कार्ड<br>(प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें) | Any Other<br>Basis/Proof<br>अन्य कोई साक्ष्य |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------|

"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE:

सहायता हेतु किसे नये निशु का उद्देश्य:

| Sr. No.<br>क्रम संख्या | Medical Reports/Prescriptions Attached<br>अस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई प्रतिवेदन सूची संलग्न |
|------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------|
| 1.                     | DIAGNOSIS - CATARACT - LE                                                                    |
| 2.                     | SURGERY - LE (SIEST + IOL)                                                                   |
|                        |                                                                                              |
|                        |                                                                                              |
|                        |                                                                                              |
|                        |                                                                                              |
|                        |                                                                                              |
|                        |                                                                                              |
|                        |                                                                                              |
|                        |                                                                                              |

ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES

इस उद्देश्य के हेतु कोई अन्य सहायता किसी अन्य स्रोत से मिला गया है?

| Sr. No.<br>क्रम संख्या | NAME of OTHER SOURCE<br>अन्य स्रोत का नाम | AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILED<br>सही गई सहायता राशि |
|------------------------|-------------------------------------------|----------------------------------------------------------|
|                        |                                           |                                                          |
|                        |                                           |                                                          |
|                        |                                           |                                                          |
|                        |                                           |                                                          |

## DECLARATION by APPLICANT: none per above.

- 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, 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 यहाँ पर बताना हूँ कि इस प्रश्न में दिये गये सभी विवरण सही जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई विवरण सत्य नहीं मानता तब यह है तो सही जानकारी दिए बिना को यह बतानी है।
- 2) मैं इससे जो सहायता दिला "कौशिका फाउंडेशन", से ली जा रही है, उसका उपयोग उन्ही उद्देश्य की पूर्ति के लिये किया जाएगा, जो इस प्रश्न में सत्य सही है।
- 3) मैं यहाँ पर बताना हूँ कि मैं इस सहायता से न तो इससे को नहीं हूँ, न ही इससे को कभी भी न ही किसी अन्य स्रोत/एम्प्लॉयर/इंश्योरेंस कंपनी से न ही इससे को न ही किसी अन्य स्रोत से ली हूँ।

AGREEMENT by APPLICANT (attach DO NOT)

- 1) By affixing my signature or thumb impression on this Form, I (Applicant) hereby agree & authorise Koshika Foundation and it's Trustees to use/publish/post-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 it's activities/achievements. Such use of my photo & details can be made by Koshika Foundation before or after my treatment or fulfillment 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 प्रश्न का उत्तर इसका या नहीं की बात साफ़ करें, मैं (अर्पणकर्ता) अपनी साक्षी की पुष्टि करता हूँ एवं "कोशिका फाउंडेशन और इसके भ्रातृवर्ग" को अधिकृत करता हूँ कि वे मेरा नाम, पता, फोटो और जो विवरण इस प्रश्न में उल्लिखित है, उसे "कोशिका" द्वारा यादवी, दान, सम्पन्नता प्राप्त करने के लिये प्रचारित करने के लिये प्रसारित करे। इस प्रश्न का उत्तर मेरे द्वारा जो उत्तर मैं करने के लिये "कोशिका फाउंडेशन" के भ्रातृवर्ग को अधिकृत है।
- 2) मैं (अर्पणकर्ता) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण को कि साफ़ता से उल्लिखित है प्रचारित है मुझे स्वतः साहाय्य का इच्छा नहीं करता। इस सम्बंध में "कोशिका" द्वारा उक्त भ्रातृवर्ग का निर्णय अंतिम और अप्रत्यक्षणी होगा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION:

addressed to: [info@wiley.com](mailto:info@wiley.com)



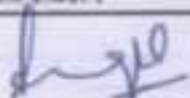
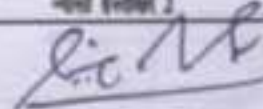
AGREEMENT by HOSPITAL (एम्पुल प्रो बिल)

By affixing hereunder, signature of our Authorized 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.

इसकी अधिकतम आयुआवृत्ति की ओर से आगेलेनेकी को "अतिरिक्त आयुअवृत्ति" से विभिन्न प्रकार के विचारों की जाती है, जिसे हम (इसका) निम्न प्रकार से मान्य न समझना चाहते हैं।

- 1) यह कि न तो अधिनियम और न ही अधिनियम में विहित साधनता बिना ही साधनता संभवता या बिना अन्य तरीके से उभर ऐतिहासिकता में लगे या न लगे हैं, बल्कि कि इनके "अधिनियम साधनता" से विकसित/वर्धित उभर के सम्भव हैं। "अधिनियम साधनता" द्वारा उभर हेतु कि है। और "अधिनियम साधनता" द्वारा साधनता बिना अधिनियम/साधनता हेतु नभूत। यही किम्वद्वय है तो साधनता बिना अन्य ही साधनता संभवता या बिना अन्य साधनता से साधनता लगे या अधिनियम सुविधा साधनता है। इस सुविधा में अन्य कहा जाता है कि साधनता विहित उभर उभर ऐतिहासिकता हेतु बिना ही साधनता संभवता या बिना अन्य साधनता से यही संभवता है।
2. "अधिनियम साधनता" से ही यह साधनता संभवता विहित प्रकृति की है। लगे या साधनता द्वारा ही यह साधनता या बिना लगे साधनता/अधिनियम या सुविधा ऐतिहासिकता हेतु साधनता के बीच का विषय है और "अधिनियम साधनता" द्वारा बिना उभरता या साधनता यही है। इसलिये साधनता में लगे के साधनता सुविधा और अन्य लगे की साधनता विहित/ऐतिहासिकता हेतु साधनता यही लगे और "अधिनियम" की साधनता या बिना/ऐतिहासिकता हेतु साधनता में लगे लगे।

|                                                                                                       |                                                                                                                                                                      |                                                                                     |                                                                                                                                                                            |                                                                                       |  |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------|--|
| RECOMMENDED For (Tick Acceptance or Rejection as applicable)<br>अनुमति (स्वीकृत/पिस्त का विधान लगाये) |                                                                                                                                                                      | ACCEPTANCE<br>अनुमति                                                                |                                                                                                                                                                            | REJECTION<br>अननुमति                                                                  |  |
| Date of Surgery<br>ऑपरेशन की तारीख<br>02.09.18                                                        | Dr. Arindam Deb<br>MBBS, D.O, FRCS<br>Reg. No-58090<br>Koshika Foundation & Research Centre<br>(Name of Dr. & Regn. No. with Stamp)<br>डॉक्टर का नाम व इलाका व तारीख |                                                                                     | Shri Sant<br>D. ....<br>Koshika Foundation & Research Centre<br>(Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory on behalf of Hospital)<br>नाम व पद इलाका अधिकृत अधिकारी |                                                                                       |  |
| FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION    अन्तर्गत उपयोग हेतु                                         |                                                                                                                                                                      |                                                                                     |                                                                                                                                                                            |                                                                                       |  |
| SANCTIONED<br>अनुमति                                                                                  | REJECTED<br>अननुमति                                                                                                                                                  | SIGNATURE of TRUSTEE 1<br>नामी इलाका 1                                              |                                                                                                                                                                            | SIGNATURE of TRUSTEE 2<br>नामी इलाका 2                                                |  |
|                                                                                                       |                                                                                                                                                                      |  |                                                                                                                                                                            |  |  |