

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE

सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)

(स्वास्थ्य देखभाल)

Koshika
foundation

Building Block of life

APPLICATION No. :

आवेदन संख्या :

K/1017/1064

APPLICATION DATE :

आवेदन तिथि

10.10.17

NAME of APPLICANT :

आवेदक का नाम

DULAL PRAMANIK

AGE-YEARS उम्र-वर्ष

64

SEX लिंग

M

FATHER'S/SPOUSE'S NAME :

पिता/पत्नी का नाम

GOURI SHANKAR PRAMANIK

PRESENT RESIDENCE ADDRESS वर्तमान आवासीय पता

GOALBATAK CHAL BAZAR, NAHATI,
NORTH 24 PARGANAS, 743165, WEST BENGAL

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS : स्थायी आवासीय पता

AS ABOVE

OCCUPATION :

व्यवसाय

UNEMPLOYEE

TOTAL ANNUAL INCOME :

कुल वार्षिक आय

NIL

(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 मान्य हो उस पर सही का चिह्न 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 आवेदक के साथ सम्बन्ध
1.	DULAL PRAMANIK	64	M	SELF
2.	KARUNA PRAMANIK	57	F	WIFE
3.	PRATIMA PRAMANIK	32	F	DAUGHTER
4.	NILIMA PRAMANIK	28	F	DAUGHTER
5.	UMA PRAMANIK	25	F	DAUGHTER

BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable)

सहायता के लिये विवरी आधार

BPL Card (Attach Card Copy) गरीबी रेश्न कार्ड का प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें)	EWS Certificate (Attach Certificate Copy) आय आय वर्ग प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें)	Ration Card (Attach Copy) उपभोग्यता कार्ड (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें)	Any Other Basis/Proof अन्य कोई साक्ष्य
---	---	--	--

"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE:

सहायता हेतु किये गये विवरी का उद्देश्य:

Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached अस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई प्रीस्क्रिप्शन सूची संलग्न
1.	DIAGNOSIS - CATARACT - LE
2.	SURGERY - LE (SICS+IOL)

ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES

इस उद्देश्य के हेतु कोई अन्य सहायता किसी अन्य स्रोत से लिया गया हो?

Sr. No. क्रम संख्या	NAME of OTHER SOURCE अन्य स्रोत का नाम	AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILED एक लाख सहायता राशी

DECLARATION by APPLICANT: (अर्शक 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, 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 प्रकरण में दिये गये सभी विवरण मेरी जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई विवरण सत्य नहीं माना जाय तो मेरी सहायता निरस्त की जा सकती है।
- 2) मैं घोषणा करता हूँ कि "कोशिका फाउंडेशन", से जो भी सहायता मिले, उसका उपयोग केवल उद्देश्य की पूर्ति के लिये किया जायेगा, जो इस प्रकरण में माँगा गया है।
- 3) मैं घोषणा करता हूँ कि मैं सहायता हेतु या भविष्य में किसी भी अन्य स्रोत/रोजगार/बीमा कंपनी से न तो रिफंड ले रहा हूँ और न ही भविष्य में लूँगा।

AGREEMENT by APPLICANT (अर्शक द्वारा सहमति)

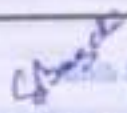
- 1) By affixing my signature or thumb impression on this Form, I (Applicant) hereby agree & authorise Koshika Foundation and it's Trustees to use/publish/put-up/reproduce my name, address, photo & details of the "purpose", for which such assistance is requested/granted, through any medium, including but not limited to verbal, print, electronic, for soliciting donations from 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 प्रकरण पर अपने हस्ताक्षर या अंगुली की छाप लगाकर, मैं (अर्शक) कोशिका फाउंडेशन और इसके भरोदारों को अधिकृत करता हूँ कि वे मेरा नाम, पता, फोटो और मेरे विवरण इस प्रकरण में प्रकाशित करें, उसे "कोशिका" द्वारा प्रकाशित, प्रसारित, प्रदर्शित या किसी भी माध्यम से प्रसारित करने के लिये उपयोग करें। इस प्रकरण के लिये "कोशिका फाउंडेशन" से सहायता की जा रही है।
- 2) मैं (अर्शक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण को कोशिका फाउंडेशन के भरोदारों से प्रसारित करने के लिये "कोशिका" द्वारा उपयोग किया जा सकता है।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION:

अर्शक के हस्ताक्षर या अंगुली का निशान

**AGREEMENT by HOSPITAL (हॉस्पिटल द्वारा सहमति)**

- 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.
- इसके अतिरिक्त, हमारा यहाँ प्रमाणित करने के लिये "कोशिका फाउंडेशन" से वित्तीय सहायता हेतु सिफारिश की जाती है, कि हम (हॉस्पिटल) निम्न प्रकरण से लाभ न ले सकेंगे।
- 1) यह कि न तो वर्तमान और न ही भविष्य में वित्तीय सहायता किसी भी स्रोत से प्राप्त की जायेगी, जो कि कोशिका फाउंडेशन द्वारा प्रदान की जा रही है। यदि कोशिका फाउंडेशन द्वारा सहायता नहीं दी जाती है, तो हम (हॉस्पिटल) को अपने आप से सहायता प्राप्त करने का अधिकार सुरक्षित रहता है। इस प्रमाणित करने के लिये "कोशिका फाउंडेशन" से सहायता केवल वित्तीय प्रकृति की है।
- 2) "कोशिका फाउंडेशन" से प्राप्त सहायता केवल वित्तीय प्रकृति की है। हम (हॉस्पिटल) इस बात से सहमत हैं कि कोशिका फाउंडेशन द्वारा सहायता केवल वित्तीय प्रकृति की है और "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा सहायता केवल वित्तीय प्रकृति की है। हम (हॉस्पिटल) को अपने आप से सहायता प्राप्त करने का अधिकार सुरक्षित रहता है।

RECOMMENDED For (Tick Acceptance or Rejection as applicable) संस्तुति (स्वीकृत/निरस्त का निशान लगायें)		ACCEPTANCE सम्मत	REJECTION निरस्त
Date of Surgery ऑपरेशन की तारीख 10.10.17	Dr. Arindam Deb MBBS, DQ, FRCS Reg. No. 58096 (Name of Dr. & Regn. No. with Stamp) हस्ताक्षर का नाम व इलाका व पता व	 (Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory on behalf of Hospital) नाम व पद इलाका अतिरिक्त अधिकारी	

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION (अंदरीय उपयोग हेतु)

		SIGNATURE of TRUSTEE 1 भरोदार 1	SIGNATURE of TRUSTEE 2 भरोदार 2
SANCTIONED संस्तुति	REJECTED निरस्त	