

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE (सहायता हेतु आवेदन प्रारूप)		(Healthcare) (स्वास्थ्य देखभाल)		 Koshika foundation Building Block of life.			
APPLICATION No. : आवेदन संख्या : K/1218/1840		APPLICATION DATE : आवेदन दिनांक : 10/12/18		 			
NAME of APPLICANT : आवेदक का नाम : PARIKSHIT PRAMANIK		AGE-YEARS : वय-वर्ष : 46				SEX : लिंग : M	
FATHER'S/SPOUSE'S NAME : पिता/सहोदर का नाम : JALADHAR PRAMANIK							
PRESENT RESIDENCE ADDRESS : वर्तमान निवास पता : BUDH KUMAR DADAPASCHIN PANA CANALING SOUTH 24 PARAGANAS 743324, WEST BENGAL.							
PERMANENT RESIDENCE ADDRESS : स्थायी निवास पता : - AS ABOVE -							
OCCUPATION : व्यवसाय : FARMER		MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित) : [X] MARRIED [] UNMARRIED					
TOTAL ANNUAL INCOME : कुल वार्षिक आय : Rs 2000x12 = 24000		(Attach Proof of Income) (आय का साक्ष्य संलग्न करें)					
PAN No. : आय कर पैन संख्या : [Blank]							
ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable): क्या आप आय कर पत्रक हैं (जो लागू हो उस पर सही का निशान लगाएं): Yes / No [X] हाँ / नहीं							
FAMILY DETAILS : परिवार विवरण							
Sr. No. क्रम संख्या	Name of Family Member परिवार के सदस्यों का नाम	Age (Years) वय (वर्ष)	Gender लिंग	Relation with Applicant आवेदक के साथ सम्बन्ध			
1.	PARIKSHIT PRAMANIK	46	M	SELF			
2.	JANAKA PRAMANIK	85	F	WIFE			
3.	ABHIRAM PRAMANIK	14	M	SON			
4.	SURIT PRAMANIK	11	M	SON			
BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable) सहायता के लिये किसी आधार							
BPL Card (Attach Card Copy) पोस्टो रेशन कार्ड के साथ प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की प्रतिलिपि संलग्न करें)		EWS Certificate (Attach Certificate Copy) आय आय वर्ग प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की प्रतिलिपि संलग्न करें)		Ration Card (Attach Copy) उपभोग्य कार्ड (प्रमाण पत्र की प्रतिलिपि संलग्न करें)			
Any Other Basis/Proof अन्य कोई प्रमाण							
"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE: सहायता हेतु किसे किसे का उद्देश्य:							
Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached रिपोर्ट/प्रीस्क्रिप्शन के साथ जोड़ी की गई प्रतिलिपि संलग्न						
1.	MAGNOSIC CATARACT - L.E.						
2.	SURGERY - L.E (SICEROT)						
ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES इस उद्देश्य के हेतु कोई अन्य सहायता किसी अन्य स्रोत से लिया गया है?							
Sr. No. क्रम संख्या	NAME of OTHER SOURCE अन्य स्रोत का नाम		AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILED तो गई सहायता राशि				

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, 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 प्रपत्र में दिये गये सभी विवरण सही जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई विवरण सत्य नहीं माना जाय तो मैं को-की फाउंडेशन निराश हो जा सकता हूँ।
- 2) मैं इस बात को घोषणा कर रहा हूँ कि "कोशिका फाउंडेशन", से जो भी मदद मिलेगी, उसका उपयोग केवल उसी उद्देश्य के लिए किया जाएगा, जो इस प्रपत्र में बताया गया है।
- 3) मैं घोषणा करता हूँ कि मैं इस सहायता हेतु या उसके बाद किसी भी अन्य स्रोत/रोजगार/बीमा कंपनी से न तो किसी भी और न ही अधिक पैसा लूँगा।

AGREEMENT by APPLICANT (अर्शक द्वारा सहमत)

1) By affixing my signature or thumb impression on this Form, I (Applicant) hereby agree & authorise Koshika Foundation and its 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 its 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 प्रपत्र पर अपनी हस्ताक्षर या अंगूठे की छाप लगाकर, मैं (अर्शक) अपनी सहमति की पुष्टि करता हूँ एवं "कोशिका फाउंडेशन और उसके ट्रस्टी" को अधिकृत करता हूँ कि वे मेरा नाम, पता, फोटो और मेरे विवरण इस प्रपत्र में दी गई हैं, इसे "कोशिका" द्वारा प्रकाशित, प्रसारित, प्रकाशित करने हेतु या अन्य किसी भी माध्यम से प्रकाशित करने के लिए अधिकृत है। इस प्रपत्र का विवरण कोशिका फाउंडेशन को पहले या बाद में अपने बिना "कोशिका फाउंडेशन" से प्रकाशित अधिकृत है।

2) मैं (अर्शक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण को कोशिका फाउंडेशन को प्रकाशित करने के अधिकार हैं। कोशिका फाउंडेशन का फैसला यह होगा कि इस प्रपत्र में "कोशिका" द्वारा प्रकाशित की गई जानकारी को प्रकाशित और प्रकाशित करने के लिए अधिकृत है।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION :

अर्शक के हस्ताक्षर या अंगूठे का निशान

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

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, हस्ताक्षर की ओर से प्रमाणित करने के लिए "कोशिका फाउंडेशन" से वित्तीय सहायता हेतु सिफारिश की जाती है, कि हम (हॉस्पिटल) निम्न प्रस्ताव को मान्य न मानेंगे।

1) वह कि न तो वर्तमान और न ही भविष्य में वित्तीय सहायता किसी भी अन्य स्रोत से प्राप्त की जाएगी, जो हमें कोशिका फाउंडेशन से प्राप्त करने के लिए आवश्यक है। यदि कोशिका फाउंडेशन द्वारा प्रस्तावित सहायता कोशिका फाउंडेशन द्वारा प्रस्तावित सहायता के बराबर नहीं है, तो कोशिका फाउंडेशन द्वारा प्रस्तावित सहायता कोशिका फाउंडेशन द्वारा प्रस्तावित सहायता के बराबर नहीं है। इससे अधिकृत, हस्ताक्षर की ओर से प्रमाणित करने के लिए "कोशिका फाउंडेशन" से वित्तीय सहायता हेतु सिफारिश की जाती है, कि हम (हॉस्पिटल) निम्न प्रस्ताव को मान्य न मानेंगे।

2. "कोशिका फाउंडेशन" से जो भी सहायता प्रदान की जाएगी, वह केवल वित्तीय प्रकृति की होगी। कोशिका फाउंडेशन द्वारा प्रदान की गई सहायता कोशिका फाउंडेशन द्वारा प्रदान की गई सहायता के बराबर नहीं है। कोशिका फाउंडेशन द्वारा प्रदान की गई सहायता कोशिका फाउंडेशन द्वारा प्रदान की गई सहायता के बराबर नहीं है। कोशिका फाउंडेशन द्वारा प्रदान की गई सहायता कोशिका फाउंडेशन द्वारा प्रदान की गई सहायता के बराबर नहीं है।

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE

अधिकृत के लिए सिफारिश

Date of Surgery ऑपरेशन की तारीख 10/12/18	Dr. J. C. Sankar MBBS, D.L.D., FRCS (Name of Dr. & Regn. No. with Stamp) Susrut Eye Centre, New Delhi	Anil Sankar Bagchi (Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory) Eye on behalf of Hospital/Center नया पुरा हॉस्पिटल अधिकृत अधिकारी
--	--	---

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION (अंदरूनी उपयोग के लिए)

SIGNATURE of TRUSTEE 1 न्यासी हस्ताक्षर 1	SIGNATURE of TRUSTEE 2 न्यासी हस्ताक्षर 2