

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE

सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)

(स्वास्थ्य देखभाल)

APPLICATION No. : आवेदन संख्या :	K/1218/1924	APPLICATION DATE : आवेदन तिथि	12/12/18
NAME of APPLICANT : आवेदक का नाम	SEPALI PRAMANICK	AGE-YEARS आयु-वर्ष	40
		SEX लिंग	F.
FATHER/SPOUSE'S NAME : पिता/सहोदर का नाम	PRATAP PRAMANICK		
PRESENT RESIDENCE ADDRESS : वर्तमान निवासस्थान पता			
JENVA RAMHAR PUR, MANIKURA, HAZARIBAGH, WEST BENGAL.			
PERMANENT RESIDENCE ADDRESS : स्थायी निवासस्थान पता			
- AT ABOVE -			

OCCUPATION : व्यवसाय	HOUSE WIFE.	MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)	
TOTAL ANNUAL INCOME : कुल वार्षिक आय	NIL	(Attach Proof of Income) (आय का सबूत संलग्न करें)	
PAN No. (यदि उपलब्ध हो) : _____			
ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable): क्या आप आय कर दाता हैं (जो मान्य हो उस पर छीका 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.	SEPALI PRAMANICK	40	F	SELF.
2.	PRATAP PRAMANICK	46	M	SON
3.	SUKANTA PRAMANICK	44	M	SON
4.	RAJIB PRAMANICK	42	M	SON
5.	ROJITA PRAMANICK	39	M	DAUGHTER

BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable) सहायता के लिये किसी आधार			
BPL Card (Attach Card Copy) गरीबी रेश्न कार्ड की प्रतिलिपि संलग्न करें (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 क्या किसी का उद्देश्य:	
Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached अस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई प्रतिवेदन सूची संलग्न
1.	THYROID DISEASE - REPORT - R.C.
2.	SUGAR R.C. (DIABETES)

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 यह सहायता कितनी

DECLARATION by APPLICANT: आवेदनक द्वारा घोषणा करना:

- 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 यहाँ 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 उसे गंभीर सख्तता से खारिज कर दिया जा सकता है।
- 2) मैं यहाँ घोषणा करता हूँ कि "कोशिका फाउंडेशन", से जो भी मदद मिले, उसका उपयोग उही उद्देश्य की पूर्ति के लिये किया जाएगा, जो इस प्रपत्र में मंगल रूप से किया गया है।
- 3) मैं यहाँ घोषणा करता हूँ कि इस सहायता हेतु मैं अपने किसी भी अन्य स्रोत/रोजगार/बीमा कंपनी से न तो रिफंड ले और न ही भविष्य में लूँगा।

AGREEMENT by APPLICANT (आवेदनक 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/print-upreproduce 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 प्रपत्र पर अपने हस्ताक्षर या अंगूठे की छाप लगाकर, मैं (आवेदनक) यहाँ सहमत हो चुका करता हूँ कि "कोशिका फाउंडेशन और इसके त्रस्टीयों" को अधिकृत करता हूँ कि वे मेरा नाम, पता, फोटो और मेरे विवरण इस प्रपत्र में घोषित हैं, उसे "कोशिका" द्वारा यादों, घर, सचकायत द्वारा उत्पन्न से जुड़ी लक्ष्यियों और उपलब्धियों के लिये किसी भी उपाय साधन से प्रसारित करने के लिये अधिकृत है। मेरे प्रपत्र का विवरण मेरे इलाज के खर्च या मदद करने के लिये "कोशिका फाउंडेशन" से मदद की जा सकती है।

2) मैं (आवेदनक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण को बिना सहायता के उत्पन्न से प्रसारित है मुझे सहायता का इंतजार नहीं करना। इस सम्बंध में "कोशिका" द्वारा उत्पन्न मददों का निर्णय अंतिम और स्वीकार्य होगा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION :

आवेदनक के हस्ताक्षर या अंगूठे का निशान

**AGREEMENT by HOSPITAL (हस्पताल 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.

हम यहाँ अधिकृत, हस्ताक्षर कर रहे हैं और हम घोषणा करते हैं कि "कोशिका फाउंडेशन" से निहित सहायता हेतु सिफारिश की जाती है, बिना हम (हस्पताल) अपने प्रकार से मदद न स्वीकार करते हैं।

1) यह कि हम न तो वर्तमान और न ही भविष्य में निहित सहायता किसी भी सहायता संगठन या किसी अन्य स्रोत से उपाय ले रहे हैं, जैसे कि हमने "कोशिका फाउंडेशन" से सिफारिश/प्रक्रिया प्राप्त की सहायता में "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा मंगल रूप से किया है। यदि "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा सहायता किसी अधिकृत/सहायता हेतु मंगल नहीं किया जाता है तो हस्पताल किसी अन्य स्रोत या सहायता संगठन या किसी अन्य सहायता से सहायता लेने का अधिकार सुरक्षित रखता है। इस पृष्ठ में स्पष्ट कहा जाता है कि हस्पताल पूर्ण रूप से उपाय ले रहे हैं बिना किसी भी सहायता संगठन या किसी अन्य सहायता से नहीं ले रहे हैं।

2. "कोशिका फाउंडेशन" से जो भी सहायता सहायता निहित प्रकृति की है। ऐसा नहीं है कि हस्पताल द्वारा ही यह सहायता या बिना हमने उपचार/प्रक्रिया का चुनाव ले रहे हैं हस्पताल को सहायता का विवरण है और "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई प्रभाव नहीं है। इसीलिए हस्पताल में लेने के इलाज सुरक्षा और अपने अपने की गंभीर जिम्मेदारी ले रहे हैं हस्पताल की होनी और "कोशिका" की कोई भी जिम्मेदारी इस सहायता में नहीं होगी।

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE

स्वीकृति के लिए संस्तुति

Date of Surgery ऑपरेशन की तारीख 12/12/18	 Shanker Nag (Name of Dr. & Regd. No. with Stamp) संचालक का नाम व हस्ताक्षर के साथ 5036 Research Centre	 Sankar Bagchi Director (Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory on behalf of Hospital) नाम व पद हस्ताक्षर अधिकृत अधिकारी
--	--	---

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION

अन्तर्गत उपयोग हेतु

SIGNATURE of TRUSTEE 1
न्यायी हस्ताक्षर 1

SIGNATURE of TRUSTEE 2
न्यायी हस्ताक्षर 2