

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE सहायता हेतु आवेदन प्रारूप				(Healthcare) (स्वास्थ्य देखभाल)		 Koshika foundation Building blocks of life.	
APPLICATION No. : आवेदन क्रमांक :		K/1218/2069		APPLICATION DATE : आवेदन तिथि		18/12/18.	
NAME of APPLICANT : आवेदक का नाम			AGE-YEARS आयु-वर्ष		SEX लिंग		
PRATIMA PRAMANIK			61		F		
FATHER/SPOUSE'S NAME : पिता/सहोदर का नाम							
KASHITA PRAMANIK							
PRESENT RESIDENCE ADDRESS वर्तमान निवास पता							
S. MAHADEVA GHOSAL ROAD, JODAIK BANGHA CLUB, KAMARHATI, NORTH 24 PARGANAS, 700052, WEST BENGAL							
PERMANENT RESIDENCE ADDRESS : स्थायी निवास पता							
AS ABOVE							
OCCUPATION : व्यवसाय				MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)			
HOUSE WIFE.							
TOTAL ANNUAL INCOME : कुल वार्षिक आय				(Attach Proof of Income) (आय का प्रमाण संलग्न)			
NIL							
PAN No. प्राप्त खाता संख्या							
ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable): क्या आप आय करदाता हैं? (को मान्य हो उस पर सही का चिह्न लगाएं)							
Yes / No हाँ / नहीं							
FAMILY DETAILS परिवार विवरण							
Sl. No. क्रम संख्या	Name of Family Member परिवार के सदस्य का नाम	Age (Years) उम्र (वर्ष)	Gender लिंग	Relation with Applicant आवेदक से क्या सम्बन्ध			
1.	PRATIMA PRAMANIK	61	F	SELF			
2.	KESHU CHANDRA PRAMANIK	52	M	HUSBAND			
3.	USHA PRAMANIK	38	M	SON			
4.	JALI SARDHUKHAN	35	F	DAUGHTER			
BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable) सहायता के लिए किसी आधार							
BPL Card (Attach Card Copy) गरीबी रेषा के नीचे आय का (आय पर की जाय प्रति संलग्न की)		EWS Certificate (Attach Certificate Copy) आय आय का आय का (आय पर की जाय प्रति संलग्न की)		Ration Card (Attach Copy) उपभोग्य कार्ड (आय पर की जाय प्रति संलग्न की)		Any Other Basis/Proof अन्य कोई प्रमाण	
"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE: सहायता हेतु देने के निम्न कारण							
Sl. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached अनुसंधान/दवाइयों से जारी की गई उचित/सही सूची संलग्न						
1.	MAGNOCIS - CATARACT - LE						
2.	SURGERY - LE (Sect + 2nd)						
ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES इस उद्देश्य के हेतु कोई अन्य सहायता किसी अन्य स्रोत से प्राप्त हो रही है?							
Sl. No. क्रम संख्या	NAME of OTHER SOURCE अन्य स्रोत का नाम			AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILED सी 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 प्रारूप में दिये गये सभी विवरण सही जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई विवरण सत्य नहीं माना जाय तो यह प्रारूप निरस्त भी हो सकता है।
- 2) मैं इस बात का आग्रहपूर्वक निश्चय करता हूँ कि, अगर मेरे द्वारा उल्लेख की गई मदों के लिए सहायता, जो इस प्रारूप में मांगी गई है।
- 3) मैं यहाँ घोषणा करता हूँ कि मैं इस सहायता हेतु अब अन्यत्र भी नहीं जा रहा हूँ, न ही भविष्य में जाऊँगा।

AGREEMENT by APPLICANT (अर्शक द्वारा करार)

1) By affixing my signature or thumb impression on this Form, I (Applicant) hereby agree & authorize Koshika Foundation and its Trustees to use/publish/post-up/produce 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 प्रारूप पर अपनी हस्ताक्षर या अंगूठे की छाप लगाकर, मैं (अर्शक) आगे की जानकारी को स्वीकार करता हूँ एवं "कोशिका फाउंडेशन और इसके ट्रस्टी" को अधिकृत करता हूँ कि वे मेरा नाम, पता, फोटो और मेरे विवरण इस प्रारूप में जोड़ सकते हैं, उसे "कोशिका" द्वारा प्रकाशित, प्रसारित, प्रसारण एवं प्रसारण के माध्यम से वितरित करने के लिए सहायता हेतु प्रार्थना कर सकते हैं।

2) मैं (अर्शक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण को बिना किसी भी शर्त के प्रसारित करने के लिए सहायता हेतु प्रार्थना कर सकते हैं।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION :

अर्शक के हस्ताक्षर या अंगूठे का निशान



AGREEMENT by HOSPITAL (हॉस्पिटल द्वारा करार)

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.

इससे अधिकृत, हमारे द्वारा यहाँ दिये गये हस्ताक्षर/अंगूठे के माध्यम से, हम (हॉस्पिटल) निम्न प्रकार से स्वीकार करते हैं:

- 1) यह कि हम अभी और भविष्य में किसी भी अन्य स्रोत से वित्तीय सहायता नहीं मांगेंगे, जो कि हमें "कोशिका फाउंडेशन" से प्राप्त करने के लिए आवश्यक है। यदि "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा प्रदान की गई सहायता हमारे लिए पर्याप्त नहीं है, तो हम इसे अन्य स्रोत से पूरक करने का अधिकार सुरक्षित रखते हैं।
2. "कोशिका फाउंडेशन" से हमें प्राप्त की गई सहायता केवल वित्तीय प्रकृति की है। उपचार का चयन और प्रक्रिया के चयन का निर्णय हमारे और रोगी के बीच है, जो कि "कोशिका फाउंडेशन" से प्रभावित नहीं है। इसलिए, हमारे द्वारा उपचार का चयन और प्रक्रिया के चयन का निर्णय हमारे और रोगी के बीच है, जो कि "कोशिका फांडेशन" से प्रभावित नहीं है।

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE

स्वीकृति के लिए संस्तुति

Date of Surgery ऑपरेशन की तारीख 18/2/18	(Name of Dr. & Regn. No. with Stamp) डॉक्टर का नाम व इलाका व छाप	(Name, Designation & Stamp of Authorized Signatory on behalf of Hospital) हमारे द्वारा हस्ताक्षर/अंगूठे का निशान
---	---	---

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION (अंदरूनी उपयोग हेतु)

SIGNATURE of TRUSTEE 1 ज्योती इलाहाबादी	SIGNATURE of TRUSTEE 2 ज्योती इलाहाबादी