

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE

सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)

(स्वास्थ्य देखभाल)

Koshika
foundation

Building blocks of life.

APPLICATION No. :

आवेदन संख्या :

K/1218/2026

APPLICATION DATE :

आवेदन तिथि

19/12/18

NAME of APPLICANT :

आवेदक का नाम

URMILA PARAMANIK

AGE-YEARS वर्ष-वर्ष

53

SEX लिंग

F

FATHER/SPOUSE'S NAME :

पिता/सहोदर का नाम

LUTHFAR PARAMANIK

PRESENT RESIDENCE ADDRESS वर्तमान निवास

30 SARDAR PATEA CHHOTO
MOLLAHALI, GOSABA, SOUTH 24 PARGANAS,
WEST BENGAL

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS : स्थायी निवास

AS ABOVE



OCCUPATION :

व्यवसाय

HOUSE WIFE

MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)

TOTAL ANNUAL INCOME :

कुल वार्षिक आय

NIL

(Attach Proof of Income)

(आय का प्रमाण प्रस्तुत करें)

PAN No. प्राप्त करें प्रमाण

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

क्या आप आय कर दाता हैं (को चुनें जो उपर पर सही का विवरण संपादित करें)

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 से सम्बन्ध
1.	URMILA PARAMANIK	53	F	SELF
2.	LUTHFAR PARAMANIK	60	M	HUSBAND
3.	SANJAY PARAMANIK	30	M	SON
4.	GAUR PARAMANIK	28	M	SON
5.	NIKHIL PARAMANIK	24	M	SON

BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable)

सहायता के लिए निम्न विकल्प चुनें

BPL Card (Attach Copy) गरीबी रेशा के तहत प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की प्रतिलिपि संलग्न करें)	EWS Certificate (Attach Certificate Copy) आय और 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 करने विवेक का उद्देश्य:

Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached वैद्यकीय/दवाखाने से जारी की गई प्रिस्क्रिप्शन प्रतिलिपि संलग्न
1.	DIAGNOSIS - CATARACT - RE
2.	SURGERY - RE (STCS + IOL)

ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES

इस उद्देश्य के हेतु कोई अन्य सहायता किसी अन्य स्रोत से प्राप्त क्या है?

Sr. No. क्रम संख्या	NAME of OTHER SOURCE अन्य स्रोत का नाम	AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILED कोई यह सहायता पानी

DECLARATION by APPLICANT: જાહેર કરું છું કે મારે આ

- 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 यहाँबताना हूँ कि इस प्रमाण में मिले गये सभी विवरण मेरी जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई कथित एवं अथवा असत्य बात है तो मेरी जानकारी निरस्त की जा सकती है।
- 2) मैं इस को प्राप्त करने "कौशलिक आधारभूत", से ही कर रहा हूँ, उसका उपयोग किसी औरतर की पूर्ति के लिए किया जाने, जो इस प्रमाण में पर नष्ट है।
- 3) मैं यहाँ बताना हूँ कि मैं इस प्रमाण हेतु या अन्यत्र की नहीं है, वह भी या कौशलिक या समस्त विवरण किसी अन्य स्रोत/रोजगार/बीमा कंपनी से न हो गया है और न ही भविष्य में होगा।

AGREEMENT by APPLICANT (attach DO NOT)

- 1) By affixing my signature or thumb impression on this Form, I (Applicant) hereby agree & authorize Koshika Foundation and it's 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 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 इसप्रकार या संघों की स्थापना, मैं (आपसे) अपनी प्रार्थना की पुष्टि करता हूँ एवं "संविधान सभा" और उसके सदस्यों "की अधिकृतता का (विशेष रूप, मात्र, संघों और के विभाग इस प्रश्न में संविधान है, उनके "संविधान" समूह प्रत्येक, सार, सम्बन्धपूर्ण प्रश्न प्रत्येक के मुझे संविधानों और प्रत्येक के विवेक के द्वारा समझने के प्रयत्न करने में निरत अधिकृत है। मैं प्रश्न का विचार में इसमें के पहले या बाद में करने के लिए "संविधान सभा" के प्रत्येक अधिकृत है।
- 2) मैं (आपसे) इस बात में सहमत हूँ कि वेद, मात्र, संघों और विभाग की विभाजन के प्रत्येक के प्रयत्न के मुझे स्थापना का अधिकार नहीं करता। इस संबंध में "संविधान" समूह उसके सदस्यों का निर्णय अधिक और सम्बन्धपूर्ण होगा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION:

आलेख के द्वारा यह भी सिद्ध हो पाया



AGREEMENT by HOSPITAL (हॉस्पिटल से सहमति)

By affixing her/his/their signature of our Authorized Signatory for recommending this case/patient for financial assistance from Koshika Foundation, we (H/Os/It) 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.

इसमें अविष्कृत, इस्तेमाल की ओर से गणपतिदेवी की "कठिनायक पाठ्यपुस्तक" से मिली पाठ्यपुस्तक से मिली है, जिसे हम (अध्यापक) फिर प्रकाश में आने में मदद करने वाले हैं।

- 1) यह कि न तो संविधान और न ही अधिनियम में विशेष प्रावधान किसी भी राजस्वारी संग्रहण या किसी अन्य उद्देश्य से उच्च टैरिफ-पन्ना में होने या हो जाने, जैसे कि इनमें "संविधान प्रावधानों" से विपरीत/विहित उच्च से सम्बन्ध में "संविधान प्रावधानों" द्वारा प्रदत्त हेतु है। यदि "संविधान प्रावधानों" द्वारा प्रावधान किसी अधिवास/संग्रह हेतु प्रयुक्त नहीं किया जाता है तो अन्वयान किसी अन्य भी राजस्वारी संग्रहण या किसी अन्य उद्देश्य हेतु प्रावधान होने का अधिनियम प्रमाणित करता है। इस प्रमाण में स्पष्ट कहा जाता है कि अन्वयान द्वितीय चरण उच्च टैरिफ-पन्ना हेतु किसी भी राजस्वारी संग्रहण या किसी अन्य उद्देश्य से नहीं संग्रहीत/लेती।

RECOMMENDED FOR ACCEPTENCE

स्वीकृति के लिए धन्यवाद

Date of Surgery 19/12/18	Dr. Shananjay Giri (Name of Dr. & Regd. No. with Stamp) 19/12/18	Shri B. Bankar Bagchi Director (Name, Designation & Stamp of Authorized Signatory on behalf of Hospital) 19/12/18
-----------------------------	--	--

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION

SIGNATURE of TRUSTEE 1 આચાર્ય દાસરાજ ૧	SIGNATURE of TRUSTEE 2 આચાર્ય દાસરાજ ૨
	