

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE

सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)

(स्वास्थ्य देखभाल)

Koshika
foundation

Building Block of life

APPLICATION No. :
आवेदन संख्या : K/12/8/2089APPLICATION DATE :
आवेदन तिथि 19/12/18NAME of APPLICANT :
आवेदक का नाम ASHWINI PARAMANIKAGE-YEARS आयु-वर्ष
58SEX लिंग
MFATHER'S/SPOUSE'S NAME :
पिता/सहोदर का नाम PRAMILA PARAMANIKPRESENT RESIDENCE ADDRESS वर्तमान निवास पता
CHANDAN MOHAPAL, KENDRAJI PARA,
GUSABA, SOUTH 24 PARGANAS, WEST BENGAL

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS : स्थायी निवास पता

— AS ABOVE —

OCCUPATION :
व्यवसाय LABOURER

MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)

(Attach Proof of Income)
(आप का आय प्रमाण)TOTAL ANNUAL INCOME :
कुल वार्षिक आय Rs. 18000/- 21,600/-

PAN No. प्राप्त या नहीं

ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable)
क्या आप आय कर दाता हैं (को यहाँ से उस पर सही का चिह्न लगाएँ)Yes / No
हाँ / 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 संबंध
1.	ASHWINI PARAMANIK	58	M	SELF
2.	KENDRAJI PARAMANIK	50	F	WIFE
3.	ASHA SHI	22	F	DAUGHTER

BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable)
सहायता के लिये विधि आधार

BPL Card (Attach Card Copy) एनडी कार्ड को संलग्न करें (प्रमाण पर की जाय प्रमाण प्रमाण करें)	EWS Certificate (Attach Certificate Copy) आय आय का प्रमाण पर (प्रमाण पर की जाय प्रमाण प्रमाण करें)	Ration Card (Attach Copy) उपभोग्य कार्ड (प्रमाण पर की जाय प्रमाण प्रमाण करें)	Any Other Basic Proof अन्य कोई प्रमाण
--	---	--	---

"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE:
सहायता हेतु करने के लिये का उद्देश्य:

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

ASSISTANCE BEING AWARDED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES
इस उद्देश्य के हेतु कोई अन्य सहायता किसी अन्य स्रोत से प्राप्त क्या हो?

Sr. No. क्रम संख्या	NAME of OTHER SOURCE अन्य स्रोत का नाम	AMOUNT of ASSISTANCE BEING AWARDED तो यह सहायता कितनी

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 प्रकरण में दिए गए सभी विवरण सही जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई विवरण सत्य नहीं माना जाता तब भी मैं इसे सही मानकर दे रहा हूँ।
- 2) मैं घोषणा करता हूँ कि "कोशिका फाउंडेशन", से जो भी मदद मिले, उसका उपयोग केवल उद्देश्य के पूर्ण में ही किया जाएगा, जो इस प्रकरण में मांग किया गया है।
- 3) मैं घोषणा करता हूँ कि मैं इस प्रमाण हेतु या अन्यत्र किसी भी रूप में, इस धन का उपयोग या वापस मिलान किसी अन्य स्रोत/रोजगार/बीमा कंपनी से न करूँगा और न ही भविष्य में करूँगा।

AGREEMENT by APPLICANT (अर्शक द्वारा सहमति)

- 1) By affixing my signature or thumb impression on this Form, I (Applicant) hereby agree & authorize Koshika Foundation and its 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 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 प्रकरण पर अपना हस्ताक्षर या अंगुली का छाप लगाकर, मैं (अर्शक) कोशिका फाउंडेशन और इसके ट्रस्टियों को अधिकृत करता हूँ कि वे मेरा नाम, पता, फोटो और मेरे विवरण इस प्रकरण में जोड़ सकते हैं, इसे "कोशिका" द्वारा याद में रख, वास्तविक रूप से उद्देश्य के पूर्ण में उपयोग के लिए और/वापस फैला सकते हैं। मेरे नाम और विवरण का उपयोग मेरे उपचार के पूर्ण से पहले या बाद में मेरे लिए "कोशिका फाउंडेशन" के द्वारा किया जा सकता है।
- 2) मैं (अर्शक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण को कोशिका फाउंडेशन के ट्रस्टियों के अधिकार में छोड़ दिया गया है। कोशिका फाउंडेशन को इस बात का फैसला करना होगा कि मेरे नाम और विवरण को कोशिका फाउंडेशन के ट्रस्टियों के अधिकार में छोड़ दिया गया है।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION :

अर्शक के हस्ताक्षर या अंगुली का छाप



AGREEMENT by HOSPITAL (हॉस्पिटल द्वारा सहमति)

- 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.

- हम (हॉस्पिटल) कोशिका फाउंडेशन से वित्तीय सहायता हेतु सिफारिश कर रहे हैं, कि हम (हॉस्पिटल) निम्न प्रमाण से मान्य न कर सकते हैं।
- 1) यह कि मैं या मेरी संस्था और मैं ही भविष्य में वित्तीय सहायता किसी भी रूप में या किसी अन्य स्रोत से इस रोगी/रोगी के लिए नहीं कर रहे हैं, बल्कि कि हमने "कोशिका फाउंडेशन" से वित्तीय सहायता हेतु सिफारिश कर रहे हैं। यदि "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा सहायता नहीं दी जाती, तो हम (हॉस्पिटल) को अपना पूरा अधिकार है कि हम (हॉस्पिटल) कोशिका फाउंडेशन से वित्तीय सहायता हेतु सिफारिश कर रहे हैं।
2. "कोशिका फाउंडेशन" से जो भी वित्तीय सहायता मिले, उसे हम (हॉस्पिटल) द्वारा ही ही उपयोग में लाया जाएगा और हम (हॉस्पिटल) को कोशिका फाउंडेशन से वित्तीय सहायता हेतु सिफारिश कर रहे हैं।

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE

स्वीकृति के लिए प्रस्तावित

Date of Surgery
अपरेशन की तारीख

19/12/18

Dr. Dhananjay Giri

(Name of Dr. & Designation, No. with Stamp)

हस्ताक्षर का नाम व पद के साथ छाप

Shib Bankar Bagchi
Director
(Name, Designation & Stamp of Authorized Signatory on behalf of Hospital)
अथवा मेरा हस्ताक्षर अधिकृत अधिकारी

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

SIGNATURE of TRUSTEE 1
अथवा हस्ताक्षर 1

[Signature]

SIGNATURE of TRUSTEE 2
अथवा हस्ताक्षर 2

[Signature]