

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE

सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)

(स्वास्थ्य देखभाल)



Koshika
foundation
Building block of life

APPLICATION No. : K/218/2169

APPLICATION DATE : 22/12/18

NAME of APPLICANT : DEEPA PRAMANIK

AGE-YEARS : 59

SEX : F

FATHER'S/SPOUSE'S NAME : NISHIKANTA PRAMANIK

PRESENT RESIDENCE ADDRESS : BANGHUR NALANAR KALINANAR KANOU PUR

SOUTH 20 PARANANAR TUGGIO, WEST BENGAL.

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS : AS ABOVE

- AS ABOVE -

OCCUPATION : HOUSE WIFE

MARRIED (विधवा) / UNMARRIED (अविवाहित)

TOTAL ANNUAL INCOME : NIL

(Attach Proof of Income)
(आप का आय प्रमाण)

PAN No. : [Blank]

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

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 के साथ संबंध
1.	DEEPA PRAMANIK	59	F	SELF
2.	KUNTA PRAMANIK	56	F	MOTHER
3.	PRADIP PRAMANIK	55	M	SON
4.	SUBHADRAN DAS	30	F	DAUGHTER
5.	KRISHNA DAS	26	F	DAUGHTER

BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable)
सहायता के लिए किसी आधार

BPL Card (Attach Card Copy) सर्वोपेक्षा के तहत प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की प्रतिलिपि संलग्न करें)	EWS Certificate (Attach Certificate Copy) अल्प आय वर्ग प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की प्रतिलिपि संलग्न करें)	Ration Card (Attach Copy) उपभोग्यता कार्ड (प्रमाण पत्र की प्रतिलिपि संलग्न करें)	Any Other Basis/Proof अन्य कोई आधार
--	--	---	---

"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE:

सहायता हेतु किये गये विपरीत का उद्देश्य:

Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached अस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई प्रमाणित सूची संलग्न
1.	Tuberculosis - CATAPACT - Rx.
2.	Surgery - Rx (Cataract)

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: आवेदनक 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 यहाँ 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 उसे मेरी जवाबदारी निरास की जा सकती है।
- 2) मैं यहाँ घोषणा करता हूँ कि "कोशिका फाउन्डेशन", से जो सहायता मिलेगी, उसका उपयोग इसी उद्देश्य के पूर्ण होने के लिए किया जाएगा, जो इस प्रारूप में उल्लेखित है।
- 3) मैं यहाँ घोषणा करता हूँ कि मैं इस सहायता से किसी भी अन्य स्रोत/रोजगार/बीमा कंपनी से न तो रीफंड ले रहा हूँ 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/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 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 is in this regard will be final and acceptable to me.

1) इस प्रारूप पर अपने हस्ताक्षर या अंगूठे की छाप लगाकर, मैं (आवेदनक) यहाँ घोषणा करता हूँ एवं "कोशिका फाउन्डेशन और इसके त्रस्टियों" को अधिकृत करता हूँ कि वे मेरा नाम, पता, फोटो और मेरे विवरण इस प्रारूप में प्रकाशित करें, जो "कोशिका" द्वारा प्रेषित, प्रकाशित, प्रसारित, प्रसारण के माध्यम से मुझे प्रेषित/प्राप्त की जाने वाली सहायता के उद्देश्य के लिए किया जायेगा। इस प्रकार मेरे विवरण का उपयोग कोशिका फाउन्डेशन द्वारा मेरी उपचार या उद्देश्य के पूर्ण होने के बाद भी किया जा सकता है।

2) मैं (आवेदनक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण मेरे सहायता के उद्देश्य से प्रकाशित होने के लिए मेरी स्वीकृति पर निर्भर है। इस बात का फैसला कोशिका फाउन्डेशन के त्रस्टियों के द्वारा किया जायेगा और मेरी स्वीकृति पर निर्भर नहीं रहेगी।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION :

आवेदनक के हस्ताक्षर या अंगूठे का निशान

**AGREEMENT by HOSPITAL (हॉस्पिटल 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.

हमने यहाँ घोषणा, हस्ताक्षर की और से यहाँ घोषणा की है कि "कोशिका फाउन्डेशन" से वित्तीय सहायता से हमारा रुग्ण/रोगी नहीं है, बल्कि हम (हॉस्पिटल) निम्न प्रकार से सहायता नहीं ले रहे हैं।

1) यह कि न तो हमारे पास और न ही भविष्य में वित्तीय सहायता किसी भी स्रोत/रोगी/रोगी के लिए अन्य स्रोत से प्राप्त होगी, जो हमें कोशिका फाउन्डेशन से प्राप्त करने के लिए आवश्यक है। यदि कोशिका फाउन्डेशन द्वारा सहायता नहीं दी जाती है, तो हमें अन्य स्रोत से सहायता प्राप्त करने का अधिकार सुरक्षित रहता है। इस घोषणा के अंतर्गत हम घोषणा करते हैं कि कोशिका फाउन्डेशन द्वारा सहायता के लिए हमारे रुग्ण/रोगी को कोशिका फाउन्डेशन से प्राप्त करने के लिए हमें कोई भी अधिकार नहीं है।

2. "कोशिका फाउन्डेशन" से जो सहायता प्राप्त होगी, वह केवल वित्तीय प्रकृति की है। रोगी पर उपचार/प्रक्रिया का चुनाव रोगी एवं हॉस्पिटल के बीच का निर्णय है और "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई दबाव नहीं है। इसलिए हॉस्पिटल में रोगी के उपचार/प्रक्रिया और उसके फल/परिणाम को रोगी एवं हॉस्पिटल की ज़िम्मेदारी है और "कोशिका" को कोई भी भूमिका नहीं है।

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE

स्वीकृति के लिए संघुष्टि

Date of Surgery
ऑपरेशन की तारीख

28/02/18

Dr. K. Ghosh
MBBS, DNB, FRCS
Reg. No. - 50971

(Name of Doctor/Reg. No. with Stamp)

हॉस्पिटल का नाम व हस्ताक्षर व छाप

Shib Sankar Bagchi
Director

(Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory on behalf of Hospital)

हमारे पास पर हस्ताक्षर/अधिकृत अधिकारी

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION

आन्तरिक उपयोग हेतु

SIGNATURE of TRUSTEE 1

न्यासी हस्ताक्षर 1

SIGNATURE of TRUSTEE 2

न्यासी हस्ताक्षर 2