

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE सहायता ढेत् आवेदन प्रारूप		(Healthcare) (स्वास्थ्य देखभाल)	Koshika foundation Building Block of Life.	
APPLICATION No. : आवेदन संख्या :	KI1119/2033	APPLICATION DATE : आवेदन तिथि :	8/11/2019	
NAME OF APPLICANT : आवेदक का नाम :	ALOMATI PRAMANIK	AGE-YEARS वय-वर्ष :	58	
FATHER'S/SPOUSE'S NAME : पितृ/स्त्री का नाम :	NIMAI PRAMANIK	SEX लिंग :	F	
PRESENT RESIDENCE ADDRESS : वासस्थान वास्तविक संतान	BARDOGA HADIA SOUTH 24 PARGANAS 700-150, WEST BENGAL			
PERMANENT RESIDENCE ADDRESS : स्थान वासस्थान संतान	<u>— AS ABOVE —</u>			
OCCUPATION : अवधारणा	MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (विवाहित नहीं)			
TOTAL ANNUAL INCOME : वास्तविक वर्ष का सालाना वापर	RS 1600 X 12 = 19200/- (Attach Proof of Income) (वापर का सालाना संतान)			
PAN No. स्थार्ट संख्या :				
ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSSEE (Tick whichever is applicable): वापर वापर कर रहा है (वो मान्य हो उपर वापर का विवाह संतान)	Yes / No हाँ / नहीं			
FAMILY DETAILS परिवार विवरण				
Sr. No. क्रम संख्या	Name of Family Member जीवित के सदस्यों का नाम	Age (Years) वय (वर्ष)	Gender लिंग	Relation with Applicant आवेदक के साथ जाग्रत
1.	ALOMATI PRAMANIK	55	F	SELF
2.	BASUDEO PRAMANIK	21	F	SON
3.	JUGAL PRAMANIK	23	M	SON
BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable) सहायता के लिए विवाही आवाह				
EPL Card (Attach Card Copy) मर्यादी रेता के नीचे इच्छा पत्र (इच्छा पत्र को जाप भी संतान करो)	EWS Certificate (Attach Certificate Copy) वाल्य अवय वर्ती इच्छा पत्र (इच्छा पत्र की जाप भी संतान करो)	Ration Card (Attach Copy) उपभोक्ता कार्ड (इच्छा पत्र की जाप भी संतान करो)	Any Other Basis/Proof अन्य कोई सबस्त	
"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE: सहायता हेतु लिये गये विवाही का उद्देश्य:				
Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached आवाहानवादित से जारी की गई प्रतिवेदन सूची गतिविधि			
1.	DIAGNOSIS — CATARACT — RE			
2.	SURGERY — RE (STICS + IOL)			
ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES इस उद्देश्य के हेतु कोई अन्य सहायता लियी अन्य स्रोत से लिया गया हो?				
Sr. No. क्रम संख्या	NAME of OTHER SOURCE अन्य स्रोत का नाम	AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILED ही गई सहायता रकम		

DECLARATION by APPLICANT: જાણેનું પ્રાપ્ત કોઈપણ રાખ:

- 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) ये विद्युत बताता है कि इस प्राकृति में दिए गये सभी विषयों में से जलसारी के अनुपरा सम्पर्क एवं जल्दी है। ऐसी कौटी विषयों एवं उनका अध्ययन याचिक बताता है जो भी सहजपदा नियम या सरलता है।
 - 2) ये ध्यान जो जलसारी की "कठिनिका प्रणालीकरण", या ऐसी जो यही है, उसका सम्बन्ध उड़ान उद्देश्य की पूर्णी के लिये दिया जायेगा, जो इस प्राकृति में पाया जाएगा।
 - 3) ये उचित बताता है कि वित्त जलसारी हेतु यह जलसारी की पर्याप्त है, उस जलसारी का अधिकार या जलसारी विषय किसी समय स्थूलिषणिकरणकर्त्ता या कम्पनी से न ले सकता है और न यही भविष्य में होइता।

AGREEMENT by APPLICANT (कर्तव्य द्वारा अनुमति)

- 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 fulfilment of the "purpose" for which assistance is being requested.

- 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.

- १) इस प्रपत या अपने इंसानों का अधिकतम वर्तमान, भै (अवैकें) अपनी महायजी को उन्नीत करता है एवं "बौद्धिका फार्मासीन और डाक्टर न्यायों" को अवैकेंत करता है कि मैंने याम पत, घोटा और जो विवरण इस प्रत पर्याप्त नहीं है, उसे "बौद्धिका" शब्द न्यायी, वर, बाबकरा द्वारे बदलेंगे मैं युद्धी चौड़ीयोंकी ओर उपस्थितियों के लिये निहारी पी इन्हर व्यष्टि में खाली बाबों की लिय अधिकार है। ऐसे प्रत पर्याप्त विवरण द्वारा इनके पहले से यह देखने के लिय "बौद्धिका फार्मासीन" य न्यायी मधिकृत है।

- 2) वे (आरेक) हम या ऐ साध्य है कि ये पर, यह, फौटों और विषयों की कि साधारण के दृष्टिरूपों के प्रतीक हैं तुड़े स्वरूप: साधारण का इकट्ठा जीव बनाता हम साध्य ने "कठोरता" एवं उसके व्यापारीय या विश्व अधिकार और बाधाओं को प्राप्त किया।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION:

AGREEMENT by HOSPITAL. (एहास द्वारा करता)

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.

प्राचीन अस्तित्व इसकी भी जड़ें हो सकती हैं किंतु "भौतिक प्रवर्णन" से उत्तिप्रवर्णना द्वारा विवरिती भी जड़ी है, जिसे हम (इन्हलाल) उत्तिप्रवर्णन से बनाये रखते हैं।

2. "बांगाला फलदंडेला" से ही नई रसायन कंफेल विशेष जट्ठीती भी है। ऐके पर इसका द्वारा एवं उसके पर विशेष यह उत्पादकीयता का उत्पाद ऐके पर इसका

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE
स्वीकृती घोषित संस्करण

Date of Surgery
२०१९ को तिथि
८/११/२०१९

~~Dr. Hari Shanker Nag
MBBS, MRD (OPHTH)
Reg. No. B-5656~~

Sankar Dasgupta
Sankar Dasgupta
MD, Director & Researcher
**(Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory
Susrut Eye Hospital
on behalf of Hospital)**

FOR INTERNAL USE - KODAKIA FOUNDATION

प्राचीन रसायन विज्ञान

SIGNATURE of TRUSTEE 1
SARAH KELLY

SIGNATURE of TRUSTEE 2
संचालक २

Georg

John