

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE
 सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)
 (स्वास्थ्य रक्षामाल)



APPLICATION No.: K/0524/0130
 आवेदन संख्या :

APPLICATION DATE: 01/05/24
 आवेदन तिथि

NAME of APPLICANT: BHADRESWAR PRAMANIK
 आवेदक का नाम

AGE-YEARS अनु-वर्ष
 55

SEX लिंग
 M

FATHER'S/SPOUSE'S NAME: HAZARI LAL PRAMANIK
 पिता/पत्न्या का नाम



PRESENT RESIDENCE ADDRESS वर्तमान आवासीय पता
 BENATA, KAYLAHAT, SOUTH 24 PARAGANAS
 MURSHIDABAD, WEST BENGAL

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS: स्थायी आवासीय पता
 AS ABOVE

OCCUPATION: UNEMPLOYED
 व्यवसाय

MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)

TOTAL ANNUAL INCOME: 4000 X 12 = 48,000/-
 कुल वार्षिक आय

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

PAN No. स्पष्ट संख्या संख्या

ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable):
 क्या आप आय करदाता हैं (जो कथन 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 सदस्यों का नाम	Age (Years) उम्र (वर्ष)	Gender लिंग	Relation with Applicant आवेदक के साथ सम्बन्ध
1.	BHADRESWAR PRAMANIK	55	M	SELF
2.	RAMI PRAMANIK	52	F	WIFE
3.	MANJU PRAMANIK	33	M	SON
4.	SHANTU PRAMANIK	30	M	SON
5.	SUKKULI MONDAL	26	F	DAUGHTER

BASES for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable)
 सहायता के लिये निम्न आधार

BPL Card (Attach Card Copy) भौतिकी रिकार्ड के साथ प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की प्रतिलिपि संलग्न करें)	EWS Certificate (Attach Certificate Copy) जन्य 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 प्रमाण
---	--	---	--

"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE:
 सहायता हेतु निम्न नवीं निम्नी का उद्देश्य:

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

ASSISTANCE BEING AWAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES
 इस उद्देश्य के हेतु कोई अन्य सहायता किसी अन्य स्रोत से लिया गया है?

Sl. No. क्रम संख्या	NAME of OTHER SOURCE अन्य स्रोत का नाम	AMOUNT of ASSISTANCE BEING AWAILED कौी गई सहायता रकमी

DECLARATION by APPLICANT: उम्मेदवार द्वारा घोषणा पत्र:

- 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 पर घोषणा करता हूँ कि इस प्रपत्र में दिये गये सभी विवरण सही सत्यता के अनुसार सत्य सच हैं। यदि कोई गलतबत सच सच है तो भी सहायता मिलने की संभावना है।
- 2) मैं यहाँ पर घोषणा करता हूँ कि "कोशिका फाउन्डेशन", से मुझे जो सहायता मिले, उसे मैं केवल उक्त उद्देश्य की पूर्ति के लिये ही प्रयोग करूँगा, जो इस प्रपत्र में सच सच है।
- 3) मैं यहाँ पर घोषणा करता हूँ कि मैं इस सहायता हेतु अब तक किसी भी अन्य स्रोत/रोजगार/बीमा कंपनी से पैसे का प्रयोग नहीं कर रहा हूँ और भविष्य में नहीं करूँगा।

AGREEMENT by APPLICANT (उम्मेदवार द्वारा करार)

- 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.
 - 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 प्रपत्र पर अपने हस्ताक्षर या अंगूठे की छाप लगाकर, मैं (उम्मेदवार) यहाँ पर सहमत होकर और "कोशिका फाउन्डेशन और इसके ट्रस्टियों" को अधिकृत करता हूँ कि वे मेरा नाम, पता, फोटो और कोई विवरण इस प्रपत्र में जोड़ सकते हैं, उसे "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा प्रकाशित, प्रसारित, प्रसारण, प्रसारण के माध्यम से प्रसारित करने के लिये प्रयोग कर सकते हैं। इस प्रपत्र पर मेरी छाप का प्रयोग "कोशिका फाउन्डेशन" के लिये प्रयोग करने के लिये अधिकृत है। मेरे नाम का प्रयोग करने के लिये "कोशिका फाउन्डेशन" को अधिकृत है।
- 2) मैं (उम्मेदवार) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण को "कोशिका फाउन्डेशन" के द्वारा प्रकाशित करने के लिये प्रयोग करने के लिये "कोशिका फाउन्डेशन" को अधिकृत है।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION :

उम्मेदवार के हस्ताक्षर या अंगूठे का निशान



AGREEMENT by HOSPITAL (हस्पताल 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 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.
- हम यहाँ पर अपने अधिकृत हस्ताक्षरकर्ता के हस्ताक्षर के द्वारा "कोशिका फाउन्डेशन" से वित्तीय सहायता हेतु सिफारिश कर रहे हैं, जिसे हम (हस्पताल) निम्न प्रकार से मान्यता दे रहे हैं।
- 1) कि हम अभी और भविष्य में किसी भी अन्य स्रोत से वित्तीय सहायता नहीं ले रहे हैं, जो कि हमें "कोशिका फाउन्डेशन" से प्राप्त करने के लिये आवश्यक है। यदि "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा सहायता नहीं मिलती है, तो हमें अपने अभाव को पूरा करने के लिये किसी अन्य स्रोत से सहायता लेने का अधिकार सुरक्षित रखना है। इस प्रपत्र पर हम घोषणा कर रहे हैं कि हमें "कोशिका फाउन्डेशन" से वित्तीय सहायता हेतु सिफारिश करने के लिये "कोशिका फाउन्डेशन" को अधिकृत है।
 - 2) "कोशिका फाउन्डेशन" से प्राप्त सहायता केवल वित्तीय प्रकृति की है। रोगी का इलाज का चुनाव रोगी और हस्पताल के बीच होता है और इसका कोई भी प्रभाव "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा प्रदान की गई सहायता से नहीं होता है। इसलिए हस्पताल को रोगी के इलाज के लिए पूरी जिम्मेदारी लेनी चाहिए और "कोशिका फाउन्डेशन" को इस मामले में कोई भी भूमिका नहीं लेनी चाहिए।

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE
स्वीकृती के लिए अनुमति

Date of Surgery ऑपरेशन की तारीख <i>01/05/24</i>	Dr. Shibashis Das (Name of Dr. & Sign. with Stamp) डॉक्टर का नाम व हस्ताक्षर व छाप	OPTOM ANANTA DAS (Name, Designation & Sign of Authorized Signatory on behalf of Hospital) SANKAR...
---	--	---

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION कर्मचारी उपयोग हेतु

SIGNATURE of TRUSTEE 1 सदस्य हस्ताक्षर 1 <i>[Signature]</i>	SIGNATURE of TRUSTEE 2 सदस्य हस्ताक्षर 2 <i>[Signature]</i>
---	---