

**APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE**  
 सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)  
 (स्वास्थ्य रक्षामाल)



APPLICATION No.: K/0524/0135  
 आवेदन संख्या :

APPLICATION DATE: 02/05/24  
 आवेदन तिथि

NAME of APPLICANT: GITA PRAMANIK  
 आवेदक का नाम

AGE-YEARS आयु-वर्ष: 74  
 SEX लिंग: F

FATHER'S/SPOUSE'S NAME: SUBODH PRAMANIK  
 पिता/पति का नाम

PRESENT RESIDENCE ADDRESS वर्तमान निवास पता  
 PRAMANIK PARA, THAKURDI, NORTH 24  
 PARANAS 700102 WEST BENGAL

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS: स्थायी निवास पता  
 AS ABOVE.



OCCUPATION: HOUSE WIFE  
 व्यवसाय

MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)

TOTAL ANNUAL INCOME: 5000 x 12 = 60,000/-  
 वार्षिक आय

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

PAN No. स्पष्ट संख्या

ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable):  
 क्या आप आय करदाता हैं (जो मान्य हो उस पर सही का निशान लगाए)

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.	GITA PRAMANIK	74	F	SELF
2.	SUBODH PRAMANIK	80	M	HUSBAND
3.	SANKAR PRAMANIK	36	M	SON
4.	SAMISHU PRAMANIK	32	M	SON
5.	SAMPA NASKAR	29	F	DAUGHTER

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

BPL Card (Attach Card Copy) भारतीय रक्षा के नीचे 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) उपभोग्य कार्ड (प्रमाण पत्र की प्रतिलिपि संलग्न करें)	Any Other Basis/Proof किसी अन्य सबूत
--	--	---	---

**"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE:**  
 सहायता हेतु निम्न में किसी का उद्देश्य:

Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached रिपोर्ट/पत्रिका से जारी की गई प्रविष्टि सूची संलग्न
1.	DIAGNOSIS — CATARACT — RE
2.	SURGERY — RE (SIC'S + IOL)

**ASSISTANCE BEING AWAIED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES**  
 इस उद्देश्य के हेतु कोई अन्य सहायता किसी अन्य स्रोत से मिल चुकी है?

Sr. No. क्रम संख्या	NAME of OTHER SOURCE अन्य स्रोत का नाम	AMOUNT of ASSISTANCE BEING AWAIED कितनी राशि सहायता मिली



**DECLARATION by APPLICANT:** आवेदनक द्वारा घोषणा कर:

- 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 प्रपत्र में दिये गये सभी विवरण सही जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई गलतबत सूचना प्रदान करता हूँ तो मेरी सहायता निरस्त की जा सकती है।  
 2) मैं यहाँ घोषणा करता हूँ कि "कोशिका फाउंडेशन", से मिले हुए सहायता को केवल उद्देश्य के पूर्णतः उपयोग के लिए ही प्रयोग करने के लिए ही प्रयोग में लाया जायेगा।  
 3) मैं यहाँ घोषणा करता हूँ कि मैं इस सहायता के लिए या भविष्य में किसी भी अन्य स्रोत/रोजगार/बीमा कम्पनी से न तो सहायता ले रहा हूँ और न ही भविष्य में लूँगा।

**AGREEMENT by APPLICANT (आवेदनक द्वारा कर)**

- 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 in this regard will be final and acceptable to me.
- 1) इस प्रपत्र पर अपने हस्ताक्षर या अंगूठे की छाप लगाकर, मैं (आवेदनक) यहाँ घोषणा करती हूँ कि मैं "कोशिका फाउंडेशन और इसके 'व्यक्तिगत' " को अधिकृत करता हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और मेरे विवरण इस प्रपत्र में शामिल हैं, उक्त "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा, कर्मचारियों द्वारा, इलेक्ट्रॉनिक या मुद्रित माध्यमों से या अन्य माध्यमों से सहायता प्राप्त करने के लिए प्रचारित किया जाये। मेरे नाम या विवरण को प्रचारित करने के लिए या भविष्य में किसी भी अन्य स्रोत/रोजगार/बीमा कम्पनी से न तो सहायता ले रहा हूँ और न ही भविष्य में लूँगा।  
 2) मैं (आवेदनक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण को किसी भी माध्यम से प्रचारित करने के लिए या भविष्य में किसी भी अन्य स्रोत/रोजगार/बीमा कम्पनी से न तो सहायता ले रहा हूँ और न ही भविष्य में लूँगा।

**APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION :**

आवेदनक के हस्ताक्षर या अंगूठे का निशान



**AGREEMENT by HOSPITAL (हस्पताल द्वारा कर)**

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 घोषणा करती हैं कि हम "कोशिका फाउंडेशन" से वित्तीय सहायता हेतु सिफारिश कर रही हैं, जिसे हम (हस्पताल) निम्न प्रकार से स्वीकार करते हैं।  
 1) कि हम न तो वर्तमान में न ही भविष्य में किसी भी अन्य स्रोत/रोजगार/बीमा कम्पनी से वित्तीय सहायता प्राप्त करने के लिए प्रचारित किया जाये। मेरे नाम या विवरण को प्रचारित करने के लिए या भविष्य में किसी भी अन्य स्रोत/रोजगार/बीमा कम्पनी से न तो सहायता ले रहा हूँ और न ही भविष्य में लूँगा।  
 2) "कोशिका फाउंडेशन" से मिले हुए सहायता केवल वित्तीय प्रकृति की है। उपचार/प्रक्रिया का चुनाव रोगी एवं हस्पताल के बीच की व्यवस्था के आधार पर किया जाता है और "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा किसी भी प्रकार से प्रभावित नहीं होता है। हस्पताल को रोगी के उपचार/प्रक्रिया का पूर्णतः ज़िम्मेदार होना पड़ेगा और "कोशिका फाउंडेशन" को कोई भी भूमिका या जिम्मेदारी प्राप्त नहीं होगी।

**RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE**  
स्वीकार करने के लिए सिफारिश

<p>Date of Surgery अपरेशन की तारीख</p> <p>02/05/24</p>	<p>Dr. Subash Das M.B.B.S. MS (Name of Dr. &amp; Regn. No. with Stamp) डॉक्टर का नाम व हस्ताक्षर व मुद्रा</p>	<p>OPTIM ANSOTTI DAS Senior Hospital Officer (Name, Designation &amp; Stamp of Authorized Signatory) SANKARA JY (on behalf of Hospital) E जम नगर हस्पताल अधिकृत अधिकारी</p>
--	---	---

**FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION** आन्तरिक उपयोग हेतु

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