

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE

सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)

(स्वास्थ्य सेवाएत)

Koshika
foundation

Building block of life.

APPLICATION No.: K/0524/0247
आवेदन संख्या :

APPLICATION DATE: 25/05/24
आवेदन तिथि

NAME of APPLICANT: BASUDAM PRAMANIK
आवेदक का नाम

AGE-YEARS 62
वर्ष-वर्ष

SEX M
लिंग

FATHER/SPOUSE'S NAME: SARISH CHANDRA PRAMANIK
पिता/पत्नी का नाम

PRESENT RESIDENCE ADDRESS: वर्तमान निवास पता

RAMPUR DHAMAKHALI, NORTH TWENTY FOUR

PARGANAS 743329, WEST BENGAL

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS: स्थायी निवास पता

— AS ABOVE —



OCCUPATION: CARPENTER
व्यवसाय

MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)

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

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

PAN No. इसमें खाली संलग्न

ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable):
क्या आप आय कर दाखल हैं (जो लागू हो उस पर तिकी का चिह्न लगाए)

Yes / हाँ / No / 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
2.	BASUDAM PRAMANIK	62	M	SELF
1.	ANITA PRAMANIK	64	F	WIFE
3.	BUDHENDRA PRAMANIK	26	M	SON
4.	TUMPA PRAMANIK	22	F	DAUGHTER
5.	PAMPA PRAMANIK	19	F	DAUGHTER

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

<input type="checkbox"/> BPL Card (Attach Card Copy) परिधी रेशा के नीचे प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की छाया उचित संलग्न करें)	<input type="checkbox"/> EWS Certificate (Attach Certificate Copy) अल्प आय वर्ग प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की छाया उचित संलग्न करें)	<input type="checkbox"/> Ration Card (Attach Copy) उपभोग्य कार्ड (प्रमाण पत्र की छाया उचित संलग्न करें)	<input type="checkbox"/> Any Other Basis/Proof अन्य कोई सबूत
---	---	--	---

"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE:
सहायता हेतु निम्ने को चिनीया या उद्देश्य:

Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached अस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई प्रतिक्रिया सूची संलग्न
	<u>DIAGNOSIS — CATARACT — LE</u>
	<u>SURGERY — LE (SICS + IOL)</u>

ASSISTANCE BEING AWAILED 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 AWAILED सी गई सहायता राशी

DECLARATION by APPLICANT: आवेदनक द्वारा घोषणा यः

- 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 प्रपत्र में दिये गये सभी विवरण सही जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई झूठा बयान दान करने वाला प्रपत्र प्राप्त है तो मेरी सहायता निरस्त की जा सकती है।
- 2) मैं घोषणा करता हूँ कि "कोशिका फाउंडेशन", से जो भी मदद मिले, इसका उपयोग उन्हीं उद्देश्यों के लिये किया जाएगा, जो इस प्रपत्र में कहा गया है।
- 3) मैं पुष्टि करता हूँ कि मैं किसी भी प्रकार से या भविष्य में किसी भी अन्य स्रोत/रोजगार/बीमा कंपनी से न तो किसी भी और न ही धनिय में सहायता के लिए मदद लेऊंगा।

AGREEMENT by APPLICANT (आवेदनक द्वारा करण)

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 (आवेदनक) अपनी जानकारी को पुष्टि करता हूँ एवं "कोशिका फाउंडेशन और उसके 'व्यक्तियों' " को अधिकृत करता हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और मेरे विवरण इस प्रपत्र में शामिल हैं, उन्हीं उद्देश्यों के लिए, जो इस सहायता के लिए अनुरोध किए गए हैं, जो कि शब्दों, लिखित, प्रिंट, इलेक्ट्रॉनिक, या अन्य किसी भी माध्यम से किया जा सकता है, जो कि कोशिका फाउंडेशन और/या कोशिका फाउंडेशन के गतिविधियों/सफलताओं के बारे में जानकारी प्रसारित करने के लिए उपयोग किया जा सकता है। मेरी छवि या विवरण का उपयोग मेरे उपचार के पूर्ण होने से पहले या बाद में मेरे नाम के लिए "कोशिका फाउंडेशन" व अन्य उद्देश्यों के लिए किया जा सकता है।

2) मैं (आवेदनक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण को इस सहायता के लिए अनुरोध के उद्देश्यों के लिए उपयोग किया जा सकता है। कोशिका फाउंडेशन और उसके 'व्यक्तियों' को इस सहायता के लिए अनुरोध के उद्देश्यों के लिए उपयोग करने का अधिकार है।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION :

आवेदनक के हस्ताक्षर या अंगूठे का निशान



AGREEMENT by HOSPITAL (हस्ताक्षरक द्वारा करण)

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.

इससे अधिकृत, हस्ताक्षरक को और से अनुमति देती है "कोशिका फाउंडेशन" से वित्तीय सहायता हेतु सिफारिश की जाती है, जिसे हम (हस्ताक्षरक) निम्न प्रकार से मान्य व स्वीकार करते हैं:

1) यह कि न तो वर्तमान और न ही भविष्य में वित्तीय सहायता किसी भी सहायता संगठन या किसी अन्य स्रोत से प्राप्त होगी, जो कि कोशिका फाउंडेशन से अनुरोध किया गया है। यदि कोशिका फाउंडेशन द्वारा सहायता नहीं दी जाती है, तो हमें अपने कोशिका फाउंडेशन से अनुरोध किया गया है। यह सहायता केवल वित्तीय प्रकृति की है। हमें कोशिका फाउंडेशन द्वारा सहायता के लिए अनुरोध के उद्देश्यों के लिए उपयोग करने का अधिकार है।

2. "कोशिका फाउंडेशन" से जो भी सहायता प्राप्त होगी, वह केवल वित्तीय प्रकृति की है। हमें कोशिका फाउंडेशन द्वारा सहायता के लिए अनुरोध के उद्देश्यों के लिए उपयोग करने का अधिकार है। कोशिका फाउंडेशन द्वारा सहायता के लिए अनुरोध के उद्देश्यों के लिए उपयोग करने का अधिकार है। कोशिका फाउंडेशन द्वारा सहायता के लिए अनुरोध के उद्देश्यों के लिए उपयोग करने का अधिकार है।

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE
स्वीकृति के लिए अनुमति

Date of Surgery ऑपरेशन की तारीख 25/5/24	Dr. Subash Das M.B.B.S (Name of Dr. & Regn. No. with Stamp) हस्ताक्षरक का नाम व पता व छाप	OPTOM SUBASH DAS (Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory on behalf of Hospital) SANKARA HOSPITAL हस्ताक्षरक का नाम व पता व छाप
--	--	--

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION अन्तर्गत उपयोग हेतु

SIGNATURE of TRUSTEE 1 नर्सरी हस्ताक्षर 1 	SIGNATURE of TRUSTEE 2 नर्सरी हस्ताक्षर 2
--	--