

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE

सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)

(स्वास्थ्य देखभाल)


Koshika
 foundation
 Building Block of Life

APPLICATION No.

आवेदन संख्या

K/0623/0248

APPLICATION DATE

आवेदन तिथि

04/06/23

NAME of APPLICANT

आवेदक का नाम

SUMITRA PARAMANICK

AGE-YEARS

आयु-वर्ष

SEX

लिंग

73

F

FATHER'S/SPOUSE'S NAME

पिता/पति का नाम

MRITUNJAY PARAMANICK

PRESENT RESIDENCE ADDRESS

वर्तमान आवासीय पता

DWARIK JANGLE, SANDESHKHALI, NORTH 24 PARAGANAS, 743446
WEST BENGAL.

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS

स्थायी आवासीय पता

— AS ABOVE —

OCCUPATION

व्यवसाय

HOUSE WIFE

MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)

TOTAL ANNUAL INCOME

कुल वार्षिक आय

NIL

(Attach Proof of Income)

(आय का साक्ष्य संलग्न)

PAN No.

स्थायी खाता संख्या

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

क्या आप आय का शीर्षक हैं (जो मान्य हो उस पर सही का चिह्न लगाएं)

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 के साथ संबंध
1.	SUMITRA PARAMANICK	73	F	SELF
2.	NARAYAN PARAMANICK	80	M	HUSBAND
3.	YADAV PARAMANICK	50	M	SON
4.	MADHAB PARAMANICK	45	M	SON
5.	YADAV PARAMANICK	42	M	SON

BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable)

सहायता के लिए चिह्नित आधार

BPL Card (Attach Card Copy) गरीबी रेशा के नीचे प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें)	EWS Certificate (Attach Certificate Copy) अल्प आय वर्ग प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें)	Ration Card (Attach Copy) उपभोक्ता कार्ड (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें)	Any Other Basis/Proof अन्य कोई साक्ष्य
---	---	---	--

"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE:

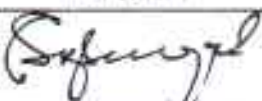
सहायता हेतु किसे गये चिह्नित का उद्देश्य:

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

ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES

इस उद्देश्य के हेतु कोई अन्य सहायता किसी अन्य स्त्रोत से ली जा रही है?

Sr. No. क्रम संख्या	NAME of OTHER SOURCE अन्य स्त्रोत का नाम	AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILED ली गई सहायता राशि

DECLARATION by APPLICANT: आवेदक 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. 4) मैं घोषणा करता हूँ कि इस प्रारूप में दिए गए सभी विवरण मेरी जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई विवरण एक कथन असत्य पाया जाता है तो मेरी सहायता निम्न को खारिज कर दी जा सकती है। 5) मैं इस बात का गंभीरतापूर्वक प्रतिबद्धता व्यक्त करता हूँ कि यदि मेरी सहायता "कोशिका फाउंडेशन" से मिली है, तो मैं इसे केवल उसी उद्देश्य के लिए ही उपयोग करूँगा, जिसके लिए मैंने इस सहायता का अनुरोध किया था। 6) मैं पुष्टि करता हूँ कि मैंने सहायता प्राप्त करने के लिए, उस राशि का प्रतिफल या भुगतान किसी अन्य स्रोत/एम्प्लॉयर/इंश्योरेंस कंपनी से नहीं किया है और न ही भविष्य में करूँगा।	
AGREEMENT by APPLICANT (आवेदक द्वारा कला)	
1) By affixing my signature or thumb impression on this Form, I (Applicant) hereby agree & authorise Koshika Foundation and its Trustees to use/publish/post-upreproduce 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 its 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. 3) इस प्रारूप पर अपने हस्ताक्षर या अंगूठे की छाप लगाकर, मैं (आवेदक) अपनी सहमति को पुष्टि करता हूँ एवं "कोशिका फाउंडेशन और उसके ट्रस्टियों" को अधिकृत करता हूँ कि वे मेरा नाम, पता, फोटो और वे विवरण इस प्रारूप में घोषित हैं, उसे "कोशिका" एम्प्लॉयर्स, एन. गैर-सरकारी, एन. गैर-सरकारी, एन. गैर-सरकारी से जुड़ी गतिविधियों और उपलब्धियों के लिए किसी भी मध्यम माध्यम से प्रसारित करने के लिए अधिकृत हैं। मेरे प्रारूप का विवरण मेरे इलाके की पहचान या कार्य में करने के लिए "कोशिका फाउंडेशन" के लिये अधिकृत है। 4) मैं (आवेदक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण जो कि सहायता के उद्देश्यों के लिए हैं, मुझे सहायता का हकदार नहीं बनाते। इस सम्बंध में "कोशिका" एम्प्लॉयर्स, एन. गैर-सरकारी, एन. गैर-सरकारी का निर्णय अंतिम और स्वीकार्य होगा।	
APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION: आवेदक के हस्ताक्षर या अंगूठे का निशान	
	
AGREEMENT by HOSPITAL (हस्पताल द्वारा कला)	
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 its 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 & its outcome & safety of the patient, and Koshika Foundation will have no role or responsibility in the matter. हमारे अधिकृत, हस्ताक्षर को जोर से माध्यम/राशि को "कोशिका फाउंडेशन" में विनियमित सहायता हेतु सिफारिश की जाती है, जिसे हम (हस्पताल) निम्न प्रकार से मान्यता दे रहे हैं। 1) यह कि न तो वर्तमान और न ही भविष्य में विनियमित सहायता किसी भी सरकारी संस्था या किसी अन्य स्रोत से उक्त रोगी/रोगी के लिए या से रहे है, जैसे कि हमने "कोशिका फाउंडेशन" से सिफारिश/विनियमित उक्त के सम्बंध में "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा मदद हेतु किया है। यदि "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा सहायता विनियमित अधिकृत/सहायता हेतु मांगी नहीं किया जाते है तो हस्पताल किसी अन्य सरकारी संस्था या किसी अन्य सन्स्थान से सहायता लेने का अधिकार सुरक्षित रखता है। इन पृष्ठों में स्पष्ट कहा जाता है कि हस्पताल द्वितीय मदद उक्त रोगी/रोगी हेतु किसी भी सरकारी संस्था या किसी अन्य सन्स्थान से नहीं लेगा/लेगी। 2) "कोशिका फाउंडेशन" से जो राशि सहायता केंद्र विनियमित प्रकृति की है। रोगी पर हस्पताल द्वारा से गई सलाह या कितने रूप उपचार/प्रक्रिया का चुनाव रोगी एवं हस्पताल के बीच का विषय है और "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा किसी प्रकार का हस्तक्षेप नहीं है। इसलिए हस्पताल में रोगी के इलाज प्रारंभ और अपने जाने की सारी जिम्मेदारी रोगी एवं हस्पताल की होगी और "कोशिका" की कोई भी भूमिका या जिम्मेदारी इस मामले में नहीं होगी।	
RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE स्वीकृति के लिए संस्तुति	
Date of Surgery अपरेशन की तारीख 04/06/2023	Dr. Shibachis Das M.B.B.S. M.S. (Name of Dr. & Regn. No. with Stamp) डा. शिबाचिस दास
OPTOM ANAGOTI DAS (Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory) SANKAR PRAKASH EYE HOSPITAL	
FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION आन्तरिक उपयोग हेतु	
SIGNATURE of TRUSTEE 1 न्यासी हस्ताक्षर 1 	SIGNATURE of TRUSTEE 2 न्यासी हस्ताक्षर 2 