

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE

सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)

(स्वास्थ्य (रक्षण))



APPLICATION No. : 4/1124/1285
आवेदन संख्या :

APPLICATION DATE : 24/11/24
आवेदन तिथि

NAME of APPLICANT : RABEN PRAMANICK
आवेदक का नाम

AGE-YEARS : 59
वय-वर्ष

SEX : M
लिंग

FATHER'S/SPOUSE'S NAME : DATIN PRAMANICK
पिता/सहोदर का नाम



PRESENT RESIDENCE ADDRESS : DIGHIK PARA LAURKHALI, PATHARGHATA, AGARHATI, SANDESHKHALI - I, NORTH 24 PARGANAS 743329, WEST BENGAL

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS : AS ABOVE

OCCUPATION : BARBER
व्यवसाय

MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)

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

(Attach Proof of Income) / आय का साक्ष्य संलग्न करें

PAN No. :
आय का साक्ष्य संख्या

ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable):
क्या आप आय कर दाता हैं? (जो लागू हो उस पर सही का निशान लगाएं)

Yes / No
हां / 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.	RABEN PRAMANICK	59	M	SELF
2.	PAJI PRAMANICK	56	F	WIFE
3.	DILIP PRAMANICK	32	M	SON
4.	KARTICK PRAMANICK	29	M	SON
5.	RUDHA PRAMANICK	27	F	DAUGHTER
6.	TUMPA PRAMANICK	24	F	DAUGHTER
7.	JHUMPA PRAMANICK	20	F	DAUGHTER

BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable)
सहायता के लिये विनति आधार

BPL Card (Attach Card Copy) गरीबी रखा 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) राशनकार्ड (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें)	Any Other Basis/Proof अन्य कोई साक्ष्य
--	---	--	--

"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE
सहायता हेतु किसे एवं किन्ती 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 (SICS + IOL)

ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES
इस उद्देश्य के हेतु कोई अन्य सहायता किन्ती अन्य स्रोतों से प्राप्त किया जा चुका है?

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

DECLARATION by APPLICANT (आवेदन करने वाला):

- I hereby confirm that all details in this Form are True to the best of my knowledge. Any false statements will render my Application & ongoing assistance, if any, liable for rejection/cancellation.
- 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.
- 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.

- मैं यहाँ पर यह सुनिश्चित करता हूँ कि इस प्रारूप में दिये गये सभी विवरण सही जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई विवरण सही नहीं बताया गया होता है तो मेरी प्रार्थना निरस्त की जा सकती है।
- मेरे द्वारा जो सहायता यदि "कोशिका फाउन्डेशन" से मिले जा रही है, उसका उपयोग इसी उद्देश्य की पूर्ति के लिये किया जाएगा, जो इस प्रारूप में बतल गया है।
- मैं यहाँ पर यह सुनिश्चित करता हूँ कि मैं भविष्य में किसी भी प्रकार से, इस उद्देश्य का उद्देश्य या उद्देश्य विरुद्ध अन्य स्रोत/एम्प्लॉयर/इंश्योरेंस कंपनी से पैसे का रिफंड नहीं करूँगा।

AGREEMENT by APPLICANT (आवेदन करने वाला):

1) By affixing my signature or thumb impression on this Form, I (Applicant) hereby agree & authorize 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.

- इस प्रारूप पर अपने हस्ताक्षर या अंगूठे का निशान देकर (आवेदनकर्ता) मैंने सहमत हो कर "कोशिका फाउन्डेशन और इसके ट्रस्टियों" को अधिकृत कर दिया है कि वे मेरा नाम, पता, फोटो और मेरे विवरण इस प्रारूप में प्रकाशित करें, इस "कोशिका फाउन्डेशन" एनएम, एमबी, एमएस, एमएस (गैनेरल फोर्मेडिसेन) या एनएम (गैनेरल फोर्मेडिसेन) के लिये सहायता के लिये विज्ञापन के माध्यम से प्राप्त करने के लिये अधिकृत हैं। वे इसका उपयोग मेरे उपचार से पहले या बाद में मेरे उपचार के लिये "कोशिका फाउन्डेशन" के लिये अधिकृत हैं।
- मैं (आवेदनकर्ता) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण को किसी सहायता के उद्देश्यों से प्रकाशित करने के लिये "कोशिका फाउन्डेशन" का इस्तेमाल करेगा। इस संबंध में "कोशिका फाउन्डेशन" एनएम, एमबी, एमएस, एमएस (गैनेरल फोर्मेडिसेन) और एनएम (गैनेरल फोर्मेडिसेन) को अधिकृत होगा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION

आवेदनकर्ता के हस्ताक्षर या अंगूठे का निशान



AGREEMENT by HOSPITAL (हॉस्पिटल द्वारा करना):

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:

- 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.
- 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.

हमसे अधिकृत, हस्ताक्षर की जाये से हमारे/हमारे को "कोशिका फाउन्डेशन" से वित्तीय सहायता हेतु सिफारिश की जाती है, किसे हम (हॉस्पिटल) वित्तीय सहायता से सहायता नहीं कर सकते हैं।

1) यह कि हम वर्तमान में और भविष्य में वित्तीय सहायता किसी भी सहायता संगठन या किसी अन्य स्रोत से प्राप्त करने के लिये नहीं कर रहे हैं, जैसे कि हमने "कोशिका फाउन्डेशन" से सिफारिश/सिफारिश प्राप्त की सम्बंध में "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा पदर हेतु किया है। यदि "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा सहायता विरुद्ध सिफारिश/सहायता हेतु नकार कर दिया जाता है तो हमें सहायता विरुद्ध अन्य स्रोत से सहायता लेने का अधिकार सुरक्षित रहता है। इस पृष्ठ पर जहाँ कहा जाता है कि सहायता सिफारिश करने वाले कोशिका फाउन्डेशन हेतु किसी भी सहायता संगठन या किसी अन्य स्रोत से नहीं ले सकते हैं।

2) "कोशिका फाउन्डेशन" से मिली गई सहायता केवल वित्तीय प्रकृति की है। रोगी का उपचार द्वारा दी गई सहायता या रोगी को उपचार/प्रक्रिया का चुनाव करने पर हमें सहायता को सौंपा जा रहा है और "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई दबाव नहीं है। इसलिए हमें सहायता से रोगी को उपचार करना और अपने खर्चे को पूरी जिम्मेदारी से ही हमें सहायता को देनी और "कोशिका फाउन्डेशन" को कोई वित्तीय या जिम्मेदारी इस मामले में नहीं होगी।

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE

स्वीकृति के लिए संस्तुति

<p>Date of Surgery ऑपरेशन की तारीख</p> <p>24/11/24</p>	<p>Dr. Suman K. Das Director M.B.B.S., M.S. (General Medicine) (Name of Dr. & Regn. No. with Stamp)</p>	<p>(Name, Designation & Stamp of Authorized Signatory on behalf of Hospital)</p> <p>नाम व पद हस्ताक्षर अधिकृत अधिकारी</p>
--	---	---

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION (आन्तरिक उपयोग हेतु)

<p>SIGNATURE of TRUSTEE 1 नामों हस्ताक्षर 1</p>	<p>SIGNATURE of TRUSTEE 2 नामों हस्ताक्षर 2</p>