

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE

सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)

(स्वास्थ्य हेतु प्रारूप)



APPLICATION No.: K/1124/1229 APPLICATION DATE: 25/11/24
 आवेदन संख्या: आवेदन तिथि

NAME of APPLICANT: NANDA PRAMANIK AGE-YEARS: 67 SEX: F
 आवेदक का नाम आयु वर्ष लिंग

FATHER'S/SPOUSE'S NAME: BHIM PRAMANIK
 पिता/कन्या का नाम

PRESENT RESIDENCE ADDRESS: GURUMALI PARA, DELIAKHAI PASCHIM KHANDA, NORTH TWENTY FOUR PARGANAS, NY 3329 WEST BENGAL
 वर्तमान आवासीय पता

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS: AS ABOVE
 स्थायी आवासीय पता



OCCUPATION: HOUSE WIFE MARRIED (विवहित) / UNMARRIED (अविवहित)

TOTAL ANNUAL INCOME: 4500 X 12 = 54,000/- (Attach Proof of Income)
 वार्षिक आय (आय का सबूत संलग्न करें)

PAN No. अपना खाली रखें

ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable): Yes / No
 क्या आप आय कर दाता हैं (जो मान्य हो उस पर सही का चिह्न लगाएं)

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.	NANDA PRAMANIK	67	F	SELF
2.	SANJITA PRAMANIK	62	F	WIFE
3.	ADHAR PRAMANIK	34	M	SON
4.	SINA PRAMANIK	29	F	DAUGHTER

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) रसियका कार्ड (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें)	Any Other Basis/Proof अन्य कोई सबूत
---	---	---	--

"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE:
 सहायता हेतु किए गए चिकित्सीय उद्देश्य:

Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached अस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई प्रतिबद्धत सुची 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 किसी अन्य स्रोत से मिल चुकी है?

Sr. No. क्रम संख्या	NAME of OTHER SOURCE अन्य स्रोत का नाम	AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILED जो यह सहायता पेशी

DECLARATION by APPLICANT (अर्थात दाता व्यक्ति का):

- 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.
 - I solemnly confirm that assistance, if received from Koshika Foundation, will be used only for the "purpose", as stated in the 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.
- 1) मैं यहाँ बताने का दावा करता हूँ कि इस फॉर्म में दिए गये सभी विवरण सही जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। और कोई कथन जो सच नहीं है उसे भी यहाँ बताना गलत माना जा सकता है।
- 2) मैं यहाँ को बताने का दावा करता हूँ कि "कोशिका फाउन्डेशन" से जो भी मदद मिले, उसका उपयोग उसी उद्देश्य के लिए ही किया जाएगा, जो इस फॉर्म में माँगा गया है।
- 3) मैं यहाँ बताने का दावा करता हूँ कि मैं इस सहायता से या इस सहायता के अंतर्गत से किसी भी अन्य स्रोत/रोजगार/बीमा कम्पनी से न तो किसी भी और न ही क्षतिपूर्ति ले रहा हूँ।

AGREEMENT by APPLICANT (अर्थात दाता करता):

- By affixing my signature or thumb impression on this Form, I (Applicant) hereby agree & authorize Koshika Foundation and its Trustees to use/publish/post-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 its 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.
 - (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 फॉर्म पर अपना हस्ताक्षर या अंगूठे का छाप लगाकर, मैं (अर्थात) अपनी सहमति का प्रमाण दे रहा हूँ कि "कोशिका फाउन्डेशन और इसके ट्रस्टियों" को अधिकृत करने का मैंने फैसला किया है, जो कि मेरा नाम, पता, फोटो और मेरे विवरण इस फॉर्म में घोषित हैं, इस "कोशिका" एनएमओ, एन. एमओ/एन. एमओ के माध्यम से मुझे सहायता देने और जानकारी देने के लिए किसी भी प्रकार के माध्यम से प्रकाशित करने के लिए अधिकृत हैं। मेरे नाम का विवरण भी इस फॉर्म में घोषित है और मेरे नाम के लिए "कोशिका एनएमओ" के माध्यम से प्रकाशित है।
- 2) मैं (अर्थात) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण को कि सहायता के अंतर्गत से किसी भी अन्य स्रोत/रोजगार/बीमा कम्पनी से न तो किसी भी और न ही क्षतिपूर्ति ले रहा हूँ।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION :

अर्थात के हस्ताक्षर या अंगूठे का निशान



AGREEMENT by HOSPITAL (अर्थात दाता करता):

- 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.
- हमारे अधिकृत, हस्ताक्षर की संस्था से सहायता/रोगी को "कोशिका फाउन्डेशन" से वित्तीय सहायता हेतु सिफारिश की जाती है, किंतु हम (हस्ताक्षर) वित्त प्रदान से सत्य न भ्रमण करते हैं।
- 1) वह कि न तो वर्तमान और न ही भविष्य में वित्तीय सहायता किसी भी सारकारी संस्था या किसी अन्य स्रोत से प्राप्त होगी/करने में सक्षम हो रहे हैं, जैसे कि हमने "कोशिका फाउन्डेशन" से सिफारिश/किए गए मदद के माध्यम से "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा मदद हेतु किया है। यदि "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा सहायता विनियमित वित्तीय/सहायता हेतु सक्षम नहीं किया जाता है तो हमारा किसी अन्य सारकारी संस्था या किसी अन्य सहायता से सहायता लेने का अधिकार सुरक्षित रहता है। इस प्रकृत में स्पष्ट किया जाता है कि सहायता वित्तीय मदद प्राप्त होगी/करने हेतु किसी भी सारकारी संस्था या किसी अन्य सहायता से नहीं लेना/करने।
- 2) "कोशिका फाउन्डेशन" से जो भी सहायता सहायता वित्तीय प्रकृति की है। रोगी या हस्ताक्षर द्वारा ही यह सहायता या रोगी को सहायता/वित्तीय या सहायता रोगी को सहायता या रोगी को सहायता/वित्तीय प्रकृति की है। इसीलिए हस्ताक्षर में रोगी को सहायता/वित्तीय और सहायता को सही तरीके से सहायता/वित्तीय प्रकृति की है।

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE

सिफारिश के लिए अनुमति

Date of Surgery ऑपरेशन का तारीख <i>25/11/21</i>	<p><i>Dr. Shiba Bis Das</i> Director MBBS, MCh (Generalist) (Name of Dr. & Regn. No. with Stamp) हस्ताक्षर का नाम व हस्ताक्षर का मुहर</p>	<p><i>OPTOS HOSPITALS</i> (Name, Designation & Stamp of Authorized Signatory on behalf of Hospital) रोगी के लिए हस्ताक्षर/सिफारिश/अधिकारी</p>
---	---	---

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION (अर्थात उपयोग हेतु)

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