

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE सहायता हेतु आवेदन प्रारूप		(Healthcare) (स्वास्थ्य देखभाल)		 Koshika Foundation Building Block of life.	
APPLICATION No.: ५/1223 / 0938		APPLICATION DATE: 09/12/23			
NAME of APPLICANT: RADHARANI PRAMANIK		AGE-YEARS: 83		SEX: F	
FATHER'S/SPOUSE'S NAME: SADANANDA PRAMANIK					
PRESENT RESIDENCE ADDRESS: DELTA KHAL PASCHIM KHUNDA, NORTH TWENTY FOUR PARGANAS, 743339 WEST BENGAL					
PERMANENT RESIDENCE ADDRESS: — AS ABOVE —					
OCCUPATION: UNEMPLOYED				☒ MARRIED (विवाहित) / ☐ UNMARRIED (अविवाहित)	
TOTAL ANNUAL INCOME: 6000 x 12 = 72,000/-				(Attach Proof of Income)	
PAN No. [Blank]					
ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable): Yes / हां / 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 क्या संबंध	
1.	RADHARANI PRAMANIK	83	F	SELF	
2.	BISCUITI PRAMANIK	51	M	SON	
3.	KANUJI PRAMANIK	53	M	SON	
4.	KAMASH PRAMANIK	50	M	SON	
5.	BEKHA PRAMANIK	48	F	DAUGHTER	
6.	POTUL PRAMANIK	45	F	DAUGHTER	
BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable) सहायता के लिए किसी आधार:					
☐ BPL Card (Attach Card Copy) गरीबी रेशा के नीचे प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें)		☐ EWS Certificate (Attach Certificate Copy) जन्य आय वर्ग प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें)		☐ Ration Card (Attach Copy) राशन कार्ड (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें)	
☐ Any Other Basis/Proof अन्य कोई सबूत					
"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE: सहायता हेतु किसे गये किसी का उद्देश्य:					
Medical Reports/Prescriptions Attached अनुपज्ञापन/दवाखानों से जारी की गई डॉक्टरों द्वारा सूची संलग्न					
Sr. No. क्रम संख्या					
1.	DIAGNOSIS — CATARACT — RE				
2.	SURGERY — RE (SICS + IOL)				
ASSISTANCE BEING AWAIRED 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 AWAIRED कोई नहीं सहायता मिली	

DECLARATION by APPLICANT: (अर्पणक द्वारा घोषणा करें)

- 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 विवरण सत्य नहीं माना जाय तो यह प्रपत्र ही से मेरी सहायता निरस्त की जा सकती है।
- 2) मैं इस बात को अवश्य जानूँ "कोशिका फाउन्डेशन", से यदि सहायता मिले, उसका उपयोग इसी उद्देश्य के पूर्ति के लिये किया जायेगा, जो इस प्रपत्र में मन्द किया है।
- 3) मैं पुष्टि करता हूँ कि जिस सहायता हेतु यह प्रपत्र की जा रहा है, उस राशि का अधिक या कमाल किसी किसी अन्य संस्था/रोजगार/बीमा कम्पनी से न ले लिया है और न ही भविष्य में लूँगा।

AGREEMENT by APPLICANT (अर्पणक द्वारा स्वीकार)

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 any 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 (अर्पणक) अपनी सहमति की पुष्टि करता हूँ एवं "कोशिका फाउन्डेशन और उसके भरोदारों" को अधिकृत करता हूँ कि वे मेरा नाम, पता, फोटो और मेरे विवरण इस प्रकार से प्रकाशित करें, जैसे "कोशिका" समूह, पत्रिका, पत्र, पत्रिकाएँ, दूरदर्शन से सुनी प्रसारणियाँ और प्रसारणियाँ से मिलने वाली किसी भी प्रकार सहायता से प्रसारित करने में निरर्थक अधिकृत है। मैं प्रपत्र का निशान भी इस प्रकार के पत्रों या अन्य में करने के लिये "कोशिका फाउन्डेशन" या किसी अधिकृत है।

2) मैं (अर्पणक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण से मेरी सहायता के अर्थव्यवस्था से प्रसारित है। मेरी सहायता का उपयोग मेरी सहायता के लिए "कोशिका" समूह, पत्रिका, पत्रिकाओं का निशान प्रसारित और सहायता की होगी।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION:

अर्पणक के हस्ताक्षर या अंगूठे का निशान

**AGREEMENT by HOSPITAL (हॉस्पिटल द्वारा स्वीकार)**

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, हमारा यहाँ के अधिकृत हस्ताक्षर करने वाले "कोशिका फाउन्डेशन" से वित्तीय सहायता हेतु सिफारिश की जाती है, किसे हम (हॉस्पिटल) निम्न प्रकार से स्वीकार करते हैं।

1) यह कि न तो हमारे पास और न ही भविष्य में वित्तीय सहायता किसी और सहायता संगठन या किसी अन्य स्रोत से प्राप्त होगी/करने में हमें या तो कोई है, जैसे कि हमने "कोशिका फाउन्डेशन" से सिफारिश/प्रतिज्ञा प्राप्त की सहायता में "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा प्राप्त हेतु कि है। यदि "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा सहायता प्रदान की जाती/करने हेतु सहायता नहीं मिलती है, तो हमारा अधिकार है कि हमें सहायता किसी अन्य स्रोत से प्राप्त करने का अधिकार सुरक्षित रखते हैं। इस पुष्टि में स्पष्ट बनाया गया है कि सहायता प्रदान करने हेतु किसी और सहायता संगठन या किसी अन्य स्रोत से नहीं लेना/लेनी।

2. "कोशिका फाउन्डेशन" से भी कोई सहायता संगठन वित्तीय प्रकृति की है। हमें या हमारा द्वारा भी कोई सहायता या किसी अन्य सहायता/प्रक्रिया का चुनाव करने एवं हमारा सहायता के बीच का निर्णय है और "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई प्रभाव नहीं है। इसलिए हमारा है हमें से इसका चुनाव और करने वाले की सारी जिम्मेदारी हमें एवं हमारा की होगी और "कोशिका" की कोई जिम्मेदारी या जिम्मेदारी इस मामले में नहीं होगी।

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE

स्वीकृति के लिए संस्तुति

Date of Surgery
ऑपरेशन की तारीख

Dr. Shishu Das

M.B.B.S M.S

(Name of Dr. & Regn. No. with Stamp)

हस्ताक्षर और नाम के साथ स्टैम्प

OPTOM ANUPATI DAS

(Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory)

कोशिका फाउन्डेशन के अधिकृत हस्ताक्षर

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION

अन्तर्गत उपयोग हेतु

SIGNATURE of TRUSTEE 1

भारती इलाहाबाद

(Signature)

SIGNATURE of TRUSTEE 2

भारती इलाहाबाद

(Signature)