

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE
सहायता हेतु आवेदन प्राप्ति(Healthcare)
(स्वास्थ्य देखभाल)

APPLICATION No.: KJ0612/0453

APPLICATION DATE: 04.06.18
दार्शन तिथिNAME of APPLICANT:
आवेदक का नाम SHUBHADRA PRAMANIKAGE-YEARS वय-वर्ष 58
SEX लिंग FFATHER'S/SPOUSE'S NAME:
पितामुख का नाम NEMAI PRAMANIKPRESENT RESIDENCE ADDRESS: बर्हनाम बाबानीच पता
POTULIA, TITAGARH (M), NORTH 24 PARGANA
780114, WEST BENGAL

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS: अप्पे आवासीय पता

- AS ABOVE -

OCCUPATION:
प्रवासी

HOUSE WIFE

MARRIED (धृष्टि) / UNMARRIED (अधृष्टि)

TOTAL ANNUAL INCOME:
कुल वार्षिक वाप

NIL

(Attach Proof of Income)
(आप का स्वयं संकेत)

PAN No. एपीएन नंबर

ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable):
मम जना वाप कर रहा है (जो मान हो उस पर सही का विवरण संकेत)Yes / No
हाँ / नहीं

FAMILY DETAILS परिवार विवरण

Sr. No. क्रम संख्या	Name of Family Member परिवार के सदस्यों का नाम	Age (Years) वय (वर्ष)	Gender लिंग	Relation with Applicant आवेदक के साथ सम्बन्ध
1.	SHUBHADRA PRAMANIK	58	F	WIFE-HUSBAND
2.	NEMAI PRAMANIK	61	M	SON
3.	SAMIR PRAMANIK	35	M	SON
4.	ABHINAV PRAMANIK	32	M	DAUGHTER
5.	SEITALI PRAMANIK	28	F	

BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable)
सहायता के लिये विवरित उद्देश्य

BPL Card (Attach Card Copy) गवर्नरी रेल के नीचे प्राप्त वाप (वाप पर की जाव भी संलग्न की)	EWS Certificate (Attach Certificate Copy) आप जन कर्ता इमान वाप (वाप पर की जाव भी संलग्न की)	Ration Card (Attach Copy) उपर्युक्त वाप (वाप पर की जाव भी संलग्न की)	Any Other Basis/Proof जन की स्थिति
---	--	---	--

"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE:

सहायता हेतु किये गये विवरों का उद्देश्य:

Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached अस्पताल/दौकान से लाए गए गई प्रतिवेदन सूची संलग्न
1.	DIAGNOSIS - CATARACT (L.E)
2.	SURGERY- L.E (SICSTOL)

ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES
इस उद्देश्य के लिये कोई अन्य सहायता कियी जन्य स्वीकृत में लिया गया हो?

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

DECLARATION by APPLICANT: अप्लिकेशन द्वारा घोषणा करा:

- 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 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 घोषणा करता हूँ कि इस प्रकाश में लिखे गए मार्गी विवरण सभी बहानों के अनुसार सही नहीं हैं। यदि कोई विवरण तर्क बहाने आवश्यक नहीं है तो मैंने उसका विवरण भी जैसा है।
- मैं इस के साथ सही "कोशिका पाठ्यक्रम", जो तो यही है, उसका उपयोग उसी उल्लेख की तुलने के लिए लिखा गया है, जो इस प्रकाश में भी यह है।
- मैं यही जाता हूँ कि फिर उसका दूसरा उपयोग भी यह है, जो यही का अधिक जब विवरण विवरण आवश्यक बनाने में वही लिया है जो यही अधिक जब बनाया गया है।

AGREEMENT by APPLICANT: (अप्लिकेशन द्वारा करा)

- By affixing my signature or thumb impression on this Form, I (Applicant) hereby agree & authorise Koshika Foundation and its 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 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.
- 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 प्रकाश पर अप्लिकेशन के अंतर्गत की जान लिखकर, मैं (अप्लिकेशन) अप्लिकेशन की तुलने के लिए "कोशिका पाठ्यक्रम और उपर्युक्त नामों" को अधिकृत करता हूँ कि यह काम यह, भावों और जीवन के विवरण इस प्रकाश में दर्शित है, जो "कोशिका" एवं नामों, दर्शन, वापर, वापरकार तूली उद्देश्य से तुली विवरणों और उपलब्धियों के लिए लिखी गई उसका वापर है।
- मैं (अप्लिकेशन) इस जाता हूँ कि यह काम, यह, भावों और विवरण जो दिए गए उपर्युक्त नामों से अधिकृत है युक्त यह, उसका जब इकाया जाना चाहता है इस प्रकाश में "कोशिका" एवं उपर्युक्त नामों दर्शित विवरण और बहानों से होता है।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION:

अप्लिकेशन के साथसाथ यह अंतिम वापर का विवरण



AGREEMENT by HOSPITAL: (हस्पताल द्वारा करा)

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:

- 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.
- 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.

इसी अधिकृत, इसकानुसारी जीवन के वापरोंसे यह "कोशिका पाठ्यक्रम" में दर्शित उपर्युक्त विवरण की जाती है, जिसे इस (हस्पताल) द्वारा इस प्रकाश में दर्शित कराया जाएगा।

- यह कि न तो वार्ताएं और न ही अधिकृत विवरण में दर्शित उपर्युक्त वापर का विवरण जब उपर्युक्त विवरण में लिखे गए तो है, वैसे ही इसी "कोशिका पाठ्यक्रम" में दर्शित/दर्शिती उपर्युक्त वापर के साथ में "कोशिका पाठ्यक्रम" द्वारा यहां दर्शित विवरण अधिकृत उपर्युक्त विवरण है यह युक्त यह, उपर्युक्त विवरण जो उपर्युक्त विवरण में लिखे गए अवश्यक उपर्युक्त विवरण है। इस युक्त में स्वयं कहा जाता है कि अप्लिकेशन दर्शित प्रकाश उपर्युक्त विवरण है और उपर्युक्त विवरण में लिखे गए अवश्यक उपर्युक्त विवरण है।

2. "कोशिका पाठ्यक्रम" में यही यह उपर्युक्त विवरण दर्शित प्रकृति की है। यही प्रकाश द्वारा दी गयी उपर्युक्त विवरण का युक्त उपर्युक्त विवरण है और "कोशिका पाठ्यक्रम" द्वारा दर्शित विवरण जो उपर्युक्त विवरण है। इसी उपर्युक्त विवरण में लिखे गए अवश्यक उपर्युक्त विवरण है।

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE:
अधिकृती के लिए संस्कृति

Date of Surgery हाईसेट की तारीख 04.06.18	R. N. Mindam Deb MBBS, DO, FRCS Reg. No.-58096 (Name of Dr. & Regn. No. with Stamp) हाईसेट का नाम व हस्पताल व रीट. न.	S. Shantaram Bagchi (Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory on behalf of Hospital) नाम व रोपण विवरण व उपर्युक्त विवरण
--	---	---

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION अन्तरिक उपयोग हेतु

SIGNATURE of TRUSTEE 1 नामी हस्पताल 1	SIGNATURE of TRUSTEE 2 नामी हस्पताल 2