

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE
सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)
(स्वास्थ्य सेवाएँ)

Koshika
foundation
Building block of life.

APPLICATION NO.: K/1018/1705
आवेदन संख्या :

APPLICATION DATE: 10/10/18
आवेदन मिति:

NAME OF APPLICANT:
आवेदन का नाम:

AGE-YEARS वय-वर्ष
आवेदन की उमेर:

SEX लिंग
लिंग:

58

F

FATHER'S/SPOUSE'S NAME:
जीवित जोड़ी का नाम:

KHAGEN PARAMANIK

PRESENT RESIDENCE ADDRESS: वर्तमान स्थायी पाल
HARIKPUR, DELTA HILL, HAWRAH, 700307.
जीवित स्थायी पाल

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS: स्थायी स्थायी पाल

— AS ABOVE —

OCCUPATION:
पेशी:

HOME MAKER.

MARRIED (प्रियत) / UNMARRIED (अमित्र)

TOTAL ANNUAL INCOME:
कुल वार्षिक आय:

NIL

(Attach Proof of Income)
(जीव वार्षिक आय के साथ)

PAN No. आईटी नंबर पान:

ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE? (Tick whichever is applicable):
आप जीव वार्षिक आय हैं? (जो जीव वार्षिक आय का विवाह ताप्ती है)

Yes / No
हाँ / नहीं

FAMILY DETAILS परिवार विवरण

Sr. No. उमेर संख्या	Name of Family Member जीवित के सदस्यों का नाम	Age (Years) वय (वर्ष)	Gender लिंग	Relation with Applicant आवेदन के साथ सम्बन्ध
1.	ALAKA PARAMANIK	58	F	Daughter
2.	BAPU PARAMANIK	52	M	Son
3.	SULEKHANA PARAMANIK	22	F	Daughter
4.	MALIKKA PARAMANIK	29	F	Daughter
5.	MUKUNDA PARAMANIK	60	M	Son

BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable)
जीवाला हेतु अपील की विधि वर्णन

EPL Card (Attach Card Copy) एपील कार्ड के लिए इमाग पाल (इमाग पाल को कार्ड भी संलग्न करें)	EWS Certificate (Attach Certificate Copy) एसएस कार्ड के लिए इमाग पाल (इमाग पाल को कार्ड भी संलग्न करें)	Ration Card (Attach Copy) उपभोग कार्ड (इमाग पाल को कार्ड भी संलग्न करें)	Any Other Basic Proof अन्य कार्ड के साथ
--	--	---	---

"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE:
जीवाला हेतु अपील की विधि का उद्देश्य:

Sr. No. उमेर संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached जीवाला के लिए जीव वार्षिक आय के साथ संलग्न डिप्टी वा डॉक्टर की रिपोर्ट
1.	DIAGNOSIS - CATARACT - LE
2.	SURGERY - LE (SICCA + IOL)

ASSISTANCE BEING AWAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES
इस उद्देश्य के लिए कोई अन्य स्रोत से जीव वार्षिक आय के साथ संलग्न की गई अपील की विधि का लिए पाल हो?

Sr. No. उमेर संख्या	NAME of OTHER SOURCE अन्य स्रोत का नाम	AMOUNT of ASSISTANCE BEING AWAILED जीव वार्षिक आय की

DECLARATION by APPLICANT: (अप्लिकेशन द्वारा)

- 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 अपने जीवन में किये गए सभी उपलब्ध एवं उपयोगी विभिन्न वित्तीय स्रोतों से अपनी जीवन की आवश्यकताओं का उपयोग करने की इच्छा करता हूँ।
- 5) मैं अपने जीवन में किये गए सभी उपलब्ध एवं उपयोगी विभिन्न वित्तीय स्रोतों से अपनी जीवन की आवश्यकताओं का उपयोग करने की इच्छा करता हूँ।
- 6) मैं अपने जीवन में किये गए सभी उपलब्ध एवं उपयोगी विभिन्न वित्तीय स्रोतों से अपनी जीवन की आवश्यकताओं का उपयोग करने की इच्छा करता हूँ।

AGREEMENT by APPLICANT: (अप्लिकेशन द्वारा)

1) 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.

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) मैं अपने जीवन के लिए और अपने उपलब्ध एवं उपयोगी विभिन्न वित्तीय स्रोतों से अपनी जीवन की आवश्यकताओं का उपयोग करने की इच्छा करता हूँ। यह "कोशिका" एवं नाम, जाति, वयस्सा एवं जन्म तिथि से जुड़ी विवरणों की अपनी जीवन की आवश्यकताओं के लिए उपयोग की इच्छा नहीं है। मैं अपने जीवन के लिए और अपनी जीवन की आवश्यकताओं का उपयोग करने की इच्छा करता हूँ।

4) कोशिका द्वारा मैं अपने जीवन के लिए और अपनी जीवन की आवश्यकताओं के लिए उपलब्ध एवं उपयोगी विभिन्न वित्तीय स्रोतों से अपनी जीवन की आवश्यकताओं का उपयोग करने की इच्छा करता हूँ।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION :

अप्लिकेशन के लिए अपनी जीवन की आवश्यकताओं का उपयोग करने की इच्छा करता हूँ।



AGREEMENT by HOSPITAL: (हॉस्पिटल द्वारा)

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.

इस अधिकारी, जिसकी ओर यह "कोशिका चालान" के लिए जारी की गई है, को अपने जीवन की आवश्यकताओं का उपयोग करने की इच्छा करता है।

1) यह कि हम दो वर्षों तक न कोशिका द्वारा जारी की गई विभिन्न वित्तीय स्रोतों से अपनी जीवन की आवश्यकताओं के लिए उपयोग की इच्छा करता है। यह "कोशिका चालान" के लिए उपलब्ध एवं उपयोगी विभिन्न वित्तीय स्रोतों से अपनी जीवन की आवश्यकताओं का उपयोग करने की इच्छा करता है। यह कि हम दो वर्षों तक न कोशिका द्वारा जारी की गई विभिन्न वित्तीय स्रोतों से अपनी जीवन की आवश्यकताओं का उपयोग करने की इच्छा करता है।

2. "कोशिका चालान" के लिए जारी की गई विभिन्न वित्तीय स्रोतों से अपनी जीवन की आवश्यकताओं का उपयोग करने की इच्छा करता है। यह कि हम दो वर्षों तक न कोशिका द्वारा जारी की गई विभिन्न वित्तीय स्रोतों से अपनी जीवन की आवश्यकताओं का उपयोग करने की इच्छा करता है।

**RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE
राजीवात्री के लिए, संस्थानी**

Data of Surgery जीवन की आवश्यकताओं का उपयोग करने की इच्छा करता है।	Dr. A. Kundu MBBS, MS Reg. No. 56177 (Name of Dr. & Regn. No. with Stamp) कोशिका द्वारा जारी की गई विभिन्न वित्तीय स्रोतों से अपनी जीवन की आवश्यकताओं का उपयोग करने की इच्छा करता है।	Subhankar Bagchi Director (Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory on behalf of Hospital) कोशिका द्वारा जारी की गई विभिन्न वित्तीय स्रोतों से अपनी जीवन की आवश्यकताओं का उपयोग करने की इच्छा करता है।
---	---	---

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION अपनी जीवन की आवश्यकताओं का उपयोग करने की इच्छा करता है।

SIGNATURE of TRUSTEE 1
नामी इकाई 1

SIGNATURE of TRUSTEE 2
नामी इकाई 2