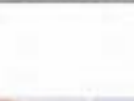


APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE सहायता हेतु आवेदन प्रारूप			(Healthcare) (स्वास्थ्य देखभाल)		 Koshika foundation Building Block of life.	
APPLICATION No. : K/0119/2328 आवेदन संख्या :			APPLICATION DATE: 02-01-2019 आवेदन तिथि			
NAME OF APPLICANT : HARSHVATI PRAMANIK आवेदक का नाम			AGE-YEARS आयु-वर्ष 54		SEX लिंग F	
FATHER'S/SPOUSE'S NAME : BHAGERATHI PRAMANIK पिता/सहोदर के नाम						
PRESENT RESIDENCE ADDRESS वर्तमान निवास पता PANCHAJANYA, CHANDWADI, SOUTH 24 PURCHANA, 742312 WEST BENGAL						
PERMANENT RESIDENCE ADDRESS : स्थायी निवास पता — AS ABOVE —						
OCCUPATION : LABOURER व्यवसाय			MARRIED (विधिवित) / UNMARRIED (अविधिवित)			
TOTAL ANNUAL INCOME :- Rs 1500 x 12 = 18000/- कुल वार्षिक आय			(Attach Proof of Income) (आय का साक्ष्य संलग्न करें)			
PAN No. STAY खाली छोड़ें						
ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable): Yes / No क्या आप आय कर दाख हैं? (जो मान्य हो उस पर सही का चिह्न लगाएं।) हाँ / 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 सम्बन्ध		
1.	HARSHVATI PRAMANIK	54	F	SELF		
2.	UMMA PRAMANIK	32	F	DAUGHTER		
BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable) सहायता के लिए किसी आधार						
BPL Card (Attach Card Copy) गरीबी रेशा की नौसे प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र को साथ प्रति संलग्न करें।)		EWS Certificate (Attach Certificate Copy) आय आय बर्ग प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें।)		Ration Card (Attach Copy) उपासीका कार्ड (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें।)		Any Other Basis/Proof अन्य कोई साक्ष्य
"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE: सहायता हेतु किये गये बिनी का उद्देश्य:						
Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached अस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई इतिवेशन सूची संलग्न					
1.	DEBILITATES - CATARACT-RE-					
2.	SURGERY- RE (STCS-H/O/C)					
ASSISTANCE BEING AVAILD for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES इस उद्देश्य के हेतु कोई अन्य सहायता किसी अन्य स्रोत से प्राप्त क्या है?						
Sr. No. क्रम संख्या	NAME of OTHER SOURCE अन्य स्रोत का नाम			AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILD शी गई सहायता राशि		

DECLARATION by APPLICANT: आवेदनक 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 यहाँ घोषणा करता हूँ कि इस फॉर्म में दिये गये सभी विवरण सही जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई विवरण सत्य कथन अथवा सत्य बात है तो मेरी सहायता निरास की जा सकती है।
- 2) मैं यहाँ घोषणा करता हूँ कि "कोशिका फाउंडेशन", से जो मदद मिलेगी, उसका उपयोग केवल उद्देश्य की पूर्ति के लिये किया जाएगा, जो इस फॉर्म में बताया गया है।
- 3) मैं यहाँ घोषणा करता हूँ कि मैं किसी और स्रोत से इस मदद की मांग नहीं कर रहा हूँ, न ही भविष्य में करूँगा।

AGREEMENT by APPLICANT (आवेदनक द्वारा करार)

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 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.

- 1) इस फॉर्म पर अपने हस्ताक्षर या अंगूठे की छाप लगाकर, मैं (आवेदनक) अपनी सहमति को प्रकट करता हूँ एवं "कोशिका फाउंडेशन और इसके ट्रस्टी" को अधिकृत करता हूँ कि वे मेरा नाम, पता, फोटो और मेरे विवरण इस फॉर्म में प्रयोग करें, उन्हें "कोशिका" वेबसाइट, पत्र, पत्रिकाएं, दूरदर्शन से जुड़ी गतिविधियों और उपलब्धियों के लिये किसी भी प्रकार माध्यम से प्रसारित करने में सक्षम होंगे। मेरे फॉर्म का विवरण मेरी इच्छा के बिना या मेरे बिना मेरे लक्ष्य को पूर्ण करने के लिये "कोशिका फाउंडेशन" में प्रसारित नहीं होगा।
- 2) मैं (आवेदनक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण जो कि सहायता के उद्देश्य से प्रयोग किए जा सकते हैं, सहायता का इच्छा नहीं करता। इस सम्बंध में "कोशिका" वेबसाइट, वेबसाइटों का निर्माण अधिकृत और आवश्यकता होगी।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION :

आवेदनक के हस्ताक्षर या अंगूठे का निशान

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

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.

हमारे अधिकृत, हस्ताक्षर करने वाले को "कोशिका फाउंडेशन" से वित्तीय सहायता हेतु सिफारिश की जाती है, बिना हम (हॉस्पिटल) को इस मदद से लाभ या फायदा मिले।

- 1) यह कि हम अभी या भविष्य में किसी भी अन्य स्रोत से वित्तीय सहायता नहीं ले रहे हैं, न ही भविष्य में ले रहे हैं, जब तक कि हमने "कोशिका फाउंडेशन" से वित्तीय सहायता प्राप्त नहीं की है। यदि "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा सहायता नहीं दी जाती है, तो हमें अपने लक्ष्य को पूर्ण करने के लिये किसी अन्य स्रोत से सहायता लेने का अधिकार सुरक्षित रहता है। इस दस्तावेज में हम घोषणा करते हैं कि सहायता वित्तीय मदद के अभाव में हमें किसी भी अन्य स्रोत से सहायता लेने की आवश्यकता नहीं होगी।

2. "कोशिका फाउंडेशन" से जो मदद सहायता केवल वित्तीय प्रकृति की है। हमें या हमारे द्वारा दी गई सहायता का उपयोग केवल उद्देश्य के लिये ही किया जाएगा और "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई दायित्व नहीं है। इसलिए हमारे द्वारा दी गई सहायता केवल उद्देश्य के लिये ही होगी और "कोशिका" को कोई भी दायित्व या जिम्मेदारी इस मामले में नहीं होगी।

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE

स्वीकृति के लिए संस्तुति

Date of Surgery
ऑपरेशन की तारीख

07-01-2020

DR. ANIL K. SHARMA
MBBS, MS, FRCS (S), FRCS (G)
Reg. No. 12345
(Name of Dr. & Regn. No. with Stamp)
हॉस्पिटल का नाम व हस्ताक्षर व मुद्रा

Shri Sankar Bagchi
Director
(Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory
on behalf of Hospital)
हम व हमारे द्वारा अधिकृत अधिकारी

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION

आन्तरिक उपयोग हेतु

SIGNATURE of TRUSTEE 1

न्यासी हस्ताक्षर 1

SIGNATURE of TRUSTEE 2

न्यासी हस्ताक्षर 2