

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE

सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)

(स्वास्थ्य देखभाल)



Koshika
foundation
Building blocks of life.

APPLICATION No.: K/0119/2782

आवेदन संख्या:

APPLICATION DATE: 24/01/19

आवेदन तिथि

NAME of APPLICANT: JOYSANKAR PRAMANICK

आवेदक का नाम

AGE-YEARS आयु-वर्ष

64

SEX लिंग

M

FATHER'S/SPOUSE'S NAME: SHIBU PRAMANICK

पिता/पत्नी का नाम

PRESENT RESIDENCE ADDRESS वर्तमान आवासीय पता

SCHOOL ROAD, RAJPUK, SONARPOUR,
SOUTH 24 PARGANAS, HOOGLY, WEST BENGAL.

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS: स्थाई आवासीय पता

- AS ABOVE -

OCCUPATION:

व्यवसाय

UNEMPLOYED

MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)

TOTAL ANNUAL INCOME:

कुल वार्षिक आय

NIL

(Attach Proof of Income)

(आय का प्रमाण प्रस्तुत करें)

PAN No. क्या है/ नहीं है

ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable):

क्या आप आय का दाता हैं (जो मान्य हो उस पर सही का चिह्न लगाएं)

Yes / No

हां / 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 के साथ सम्बंध
1	JOYSANKAR PRAMANICK	64	M	SELF
2	PURUL PRAMANICK	63	F	WIFE
3	SOMA KATH	21	F	DAUGHTER

BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable)

सहायता के लिये विधि आधार

BPL Card (Attach Card Copy) गरीबी रेश का प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें)	EWS Certificate (Attach Certificate Copy) आय आय वर्ग प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें)	Ration Card (Attach Copy) उपभोग्यता कार्ड (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें)	Any Other Basis/Proof अन्य कोई प्रमाण
---	---	--	---

"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE:

सहायता हेतु किने गये विनती का उद्देश्य:

Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached अस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई प्रतिवेदन सूची संलग्न
1	THROMBUS - CATARACT - RE
2	SURGERY - RE (SHUT + 10L)

ASSISTANCE BEING AVAILED 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 AVAILED सी गई सहायता राशि

DECLARATION by APPLICANT: आवेदक 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 प्रकरण 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 सिद्ध हो या न हो सकती है।
- 2) मैं इस बात को सहायक प्रति "कोशिका फाउन्डेशन", से सही बात जानूँ हूँ, उसका उपयोग इसी उद्देश्य को पूर्ण करने के लिये किया जाएगा, जो इस प्रकरण में दर्ज किया गया है।
- 3) मैं पुष्टि करता हूँ कि इस सहायता हेतु यह प्रमाणित नहीं है, उस प्रति का अधिकतम या समस्त हिस्सा किसी अन्य प्रोविडेंट/एम्प्लॉयर/इंश्योरेंस कंपनी से या तो लिया है और न ही भविष्य में लूँगा।

AGREEMENT by APPLICANT (आवेदक द्वारा करण)

- 1) By affixing my signature or thumb impression on this Form, I (Applicant) hereby agree & authorise Koshika Foundation and its Trustees to use/publish/print/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 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 प्रकरण पर अपने हस्ताक्षर या अंगूठे की छाप लगाकर, मैं (आवेदक) आवेदक श्रेणी को पुष्टि करता हूँ एवं "कोशिका फाउन्डेशन और उसके न्यासीयों" को अधिकृत करता हूँ कि वे मेरा नाम, पता, फोटो और जो विवरण इस प्रकरण में घोषित है, उसे "कोशिका" दम्पन न्यासी, दान, संचयन या दूसरे उद्देश्य से मुझे प्रोत्साहित करने और उपलब्धियों के लिये किसी भी प्रकार सम्मान से प्रशंसित करने के लिये अधिकृत है। मेरी प्रकरण का विवरण मेरी प्रकरण के पत्रों या पत्र के पत्र के लिये "कोशिका फाउन्डेशन" या न्यासी अधिकृत है।
- 2) मैं (आवेदक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण जो कि सहायता के उद्देश्यों से प्रेषित है मुझे सहायता का हक्कदार नहीं करता। इस सम्बंध में "कोशिका" दम्पन न्यासीयों का निर्णय अंतिम और स्वीकार्य होगा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION :

आवेदक के हस्ताक्षर या अंगूठे का निशान

AGREEMENT by HOSPITAL (हॉस्पिटल द्वारा करण)

- 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.
- हमारे अधिकृत, हस्ताक्षर को और से सहायक प्रति को "कोशिका फाउन्डेशन" से वित्तिय सहायता हेतु सिफारिश की जाती है, जिसे हम (हॉस्पिटल) "जिन प्रकार से सहायता या स्वीकार करते हैं।
- 1) यह कि मैं अभी वर्तमान और न ही भविष्य में वित्तिय सहायता किसी और सहायक प्रति या किसी अन्य स्रोत से उम्मा लेने/पाने में लगे या तो लगे हूँ, जैसे कि हमने "कोशिका फाउन्डेशन" से सिफारिश/विशेषी उम्मा के सम्बंध में "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा प्राप्त हेतु कि है। यदि "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा सहायता विनिर्दिष्ट अधिकतम/सहायता हेतु समुदाय नहीं किया जाता है तो सहायता किसी अन्य और सहायक प्रति या किसी अन्य सहायक प्रति से सहायता लेने का अधिकतम सुनिश्चित रहता है। इस दृष्टि में स्पष्ट कहा जाता है कि सहायता प्रिंट पर उम्मा लेने/पाने हेतु किसी और सहायक प्रति या किसी अन्य सहायक प्रति से नहीं लेने/पाने।
2. "कोशिका फाउन्डेशन" से तो मैं सहायता केवल वित्तिय प्रकृति को है। मेरी या सहायता द्वारा मेरी मैं सहायता या किने गये उपचार/प्रक्रिया का चुनाव मेरी एवं सहायता के बीच का विषय है और "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई दखल नहीं है। इसलिए सहायता में मेरी मैं सहायता सुनिश्चित और मेरे जाने को सही विनिर्देशों मेरी एवं सहायता को होने और "कोशिका" को कोई सुनिश्चित या विनिर्देशों इस सहायता में नहीं होने।

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE

स्वीकृति के लिए संस्तुति

Date of Surgery
ऑपरेशन की तारीख

24/01/19

Dr. Anil Kumar Ray
MBBS, MS, FPOS
Reg. No. - 18853-AMC
Senior Surgeon & Director, Koshika Foundation Centre
सहायक का नाम व हस्ताक्षर यहाँ दें

Shib Sankar Bagchi
Director
(Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory on behalf of Hospital)
नाम व पद सहायता अधिकृत अधिकारी

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION आन्तरिक उपयोग हेतु

SIGNATURE of TRUSTEE 1
न्यासी हस्ताक्षर 1

Safaryal

SIGNATURE of TRUSTEE 2
न्यासी हस्ताक्षर 2

Safaryal