

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE
सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)
(स्वास्थ्य देखभाल)



APPLICATION No. : K/1119/2148 APPLICATION DATE 24/11/2019
आवेदन संख्या : आवेदन तिथि

NAME of APPLICANT : BULBUL PRAMANIK AGE-YEARS 66 SEX M
आवेदक का नाम उम्र-वर्ष लिंग

FATHER'S/SPOUSE'S NAME : CHUNILAL PRAMANIK
पिता/पत्नी का नाम



PRESENT RESIDENCE ADDRESS GANGRAI DHABA, BISANUPUR, SOUTH 24 PARGANAS 743503, WEST BENGAL
वर्तमान आवासीय पता

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS : AS ABOVE
स्थायित आवासीय पता

OCCUPATION : UNEMPLOYED MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)
व्यवसाय

TOTAL ANNUAL INCOME : RS 2350 X 12 = 27,600/- (Attach Proof of Income)
कुल वार्षिक आय (आय का सबूत संलग्न करें)

PAN No. सवाई खाता संख्या

ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable): Yes / No
क्या आप आय कर दाता हैं (जो मध्य हो उस पर सही का निशान 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 के साथ सम्बन्ध
1.	BULBUL PRAMANIK	66	M	SELF
2.	SANTI PRAMANIK	64	F	WIFE
3.	SURJIT PRAMANIK	31	M	SON

BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable)
सहायता के लिये विधि आधार

EPL Card (Attach Card Copy) गरीबी रेशा के पीछे प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें)	EWS Certificate (Attach Certificate Copy) अल्प आय वर्ग प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें)	Ration Card (Attach Copy) उपभोग्य कार्ड (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें)	Any Other Basic Proof अन्य कोई सबूत
---	---	--	--

"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE:
सहायता हेतु किये गये विधि का उद्देश्य:

Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached अस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई प्रतिवेदन सूची संलग्न
1.	DIAGNOSIS — CATARACT — RE
2.	SURGERY — RE (STIC + IOL)

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 ही गई सहायता राशि

DECLARATION by APPLICANT: आवेदक द्वारा घोषणा पत्र:

- 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 वास्तविकता के अनुरूप सत्य एवं सही हैं; यदि कोई विवरण सत्य कल्पन अथवा धोखाधड़ी का प्रयास है तो मेरी सहायता निरस्त की जा सकती है।
 - 2) मैं इस बात को सहायता यथा "कोशिका फाउंडेशन", से ही जा रही है, उसका उपयोग इस उद्देश्य को पूर्ण करने के लिये किया जाएगा, जो इस प्रकरण में पत्र में है।
 - 3) मैं पुष्टि करता हूँ कि भविष्य में सहायता हेतु यह प्रमाण्य को नहीं है; इस उचित या अतिरिक्त या अलग विवरण किसी अन्य स्रोत/निर्देशक/बीमा कम्पनी से न ले लिया है और न ही भविष्य में लूँगा।

AGREEMENT by APPLICANT (आवेदक द्वारा स्वीकार)

- 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 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 प्रकृति को पुष्टि करता हूँ एवं "कोशिका फाउंडेशन और उसके 'व्यवस्थापकों' को अधिकृत करता हूँ कि वे मेरा नाम, पता, फोटो और जो विवरण इस प्रकरण में घोषित है, उसे "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा प्रकाशित, प्रसारित, प्रकाशित करने के लिये उपयोग करेगी, जिसमें शब्द, छाप, इलेक्ट्रॉनिक, प्रकाशित करने के लिये "कोशिका फाउंडेशन" और/या "कोशिका फाउंडेशन" के लिये दानों को आमंत्रित करने के लिये अधिकृत है। मेरी प्रमाण्य का उपयोग मेरी इच्छा के अनुसार या मेरे मामले के लिये "कोशिका फाउंडेशन" या प्रमाण्य अधिकृत है।
 - 2) मैं (आवेदक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण जो कि सहायता के उद्देश्य से प्रमाण्य में प्रकृत है, सहायता का इच्छा नहीं करता। इस प्रमाण्य में "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा प्रकाशित या प्रसारित करने और सहायता हेतु प्रमाण्य को प्रमाण्य के लिये उपयोग करेगी।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION :

आवेदक के हस्ताक्षर या अंगूठे का निशान



AGREEMENT by HOSPITAL (हस्ताक्षर 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 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.

इसमें अधिकृत, हस्ताक्षर को और से सहायता हेतु सिफारिश करने के लिये हम (हस्ताक्षर) निम्न प्रकार से स्वीकार करते हैं।

- 1) यह कि न तो वर्तमान और न ही भविष्य में विभिन्न सहायता किसी और सहायता स्रोत या किसी अन्य स्रोत से उक्त रोगी/मरीजों के लिये या से रहे हैं, जैसे कि हमने "कोशिका फाउंडेशन" से सिफारिश/प्रक्रिया उक्त के सहायता में "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा प्रमाण्य हेतु कि है। यदि "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा सहायता सिफारिश अतिरिक्त/अन्य हेतु प्रमाण्य नहीं किया जाय है तो अस्पताल किसी अन्य और सहायता स्रोत या किसी अन्य सहायता से सहायता लेने का अधिकार सुरक्षित रखता है। इस पुष्टि में स्पष्ट पत्राचार है कि अस्पताल सिफारिश प्रमाण्य उक्त रोगी/मरीजों हेतु किसी और सहायता स्रोत या किसी अन्य सहायता से नहीं सहायता लेगा।
2. "कोशिका फाउंडेशन" से ही सहायता केवल वित्तीय प्रकृति की है। रोगी पर इच्छा प्रमाण्य में सहायता प्रमाण्य का चुनाव रोगी एवं इच्छा के बीच का विषय है और "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा सिफारिश प्रमाण्य का कोई प्रमाण्य नहीं है। इसीलिए अस्पताल में रोगी के इच्छा प्रमाण्य और अपने अपने को सही सिफारिश रोगी एवं इच्छा की रोगी और "कोशिका फाउंडेशन" को कोई प्रमाण्य का विषय प्रमाण्य प्रमाण्य में नहीं होगी।

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE

स्वीकृति के लिये संस्तुति

<p>Date of Surgery अपरेशन की तारीख</p> <p>24/11/2019</p>	<p>Dr. Nalini Kanti Karan MBBS, DD, DNB Reg. No.-83720 Susrut Eye Foundation Research Centre (Name of Dr. & Regn. No. with Stamp) रोगी का नाम या हस्ताक्षर या छाप</p>	<p>S. B. Begchi Director (Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory on behalf of Hospital) नाम या पद हस्ताक्षर अधिकृत अधिकारी</p>
--	---	---

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION आन्तरिक उपयोग हेतु

<p>SIGNATURE of TRUSTEE 1 प्राथमिक हस्ताक्षर 1</p>	<p>SIGNATURE of TRUSTEE 2 प्राथमिक हस्ताक्षर 2</p>
	