

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE  
सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)  
(स्वास्थ्य देखभाल)



APPLICATION No.: K10120/3291 APPLICATION DATE: 13/11/2020  
आवेदन संख्या : आवेदन तिथि

NAME of APPLICANT: KANAK PRAMANIK AGE-YEARS: 60 SEX: F  
आवेदक का नाम आयु-वर्ष लिंग

FATHER/SPOUSE'S NAME: AMULYA PRAMANIK  
पिता/सहोदर का नाम

PRESENT RESIDENCE ADDRESS: MONDAL PARA, KRISHNAPUR, RAJARHAT GOPALPUR,  
NORTH 24 PARAGANA, WEST BENGAL

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS: - AS ABOVE -



OCCUPATION: HOUSE WIFE MARRIED (विवहित) / UNMARRIED (अविवाहित)

TOTAL ANNUAL INCOME: Rs. 1700 x 12 = 20,400/- (Attach Proof of Income)  
कुल वार्षिक आय (आय का साक्ष्य संलग्न करें)

PAN No. क्या है?

ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable): Yes / No  
क्या आप आय कर दाता हैं (जो मानें उसे उचित चिह्न दें) 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 क्या संबंध
1.	KANAK PRAMANIK	60	F	SELF
2.	ISHAI PRAMANIK	33	M	SON
3.	AMULYA PRAMANIK	65	M	HUSBAND

BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable)  
सहायता के लिए विनोद आधार

SPL Card (Attach Card Copy) गरीबी रेषा के नीचे प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें)	EWS Certificate (Attach Certificate Copy) आय अल्प 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 Basis/Proof अन्य कोई साक्ष्य
---	---	--	--

"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE:  
सहायता हेतु किसे लक्ष्य विनोद का उद्देश्य:

Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached आस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई प्रतिवेदन शुची संलग्न
1.	DIAGNOSIS - CATARACT - RE
2.	SURGERY - RE (SICSTIOL)

ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES  
इस उद्देश्य के हेतु कोई अन्य सहायता किसे 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: अपने दम पर कहे गए:**

- 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 प्रश्न में दिये गये सभी विवरण सही जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई विवरण सत्य कथन प्रमाण प्राप्त होता है तो मेरी सहायता निरास हो जा सकती है।
- मेरी सहायता केवल "कोशिका फाउंडेशन", से ही प्राप्त होगी, जिसका उपयोग केवल उद्देश्य ही पूर्ण के लिये किया जाएगा, जो इस प्रश्न में कहा गया है।
- मैं पुष्टि करता हूँ कि भविष्य में मैं इस प्रश्न को पूरा नहीं करूँगा, इस प्रकार कि कहीं भी अन्य स्रोत/रोजगार/बीमा कम्पनी से मैं सहायता नहीं लेता और न ही भविष्य में लूँगा।

**AGREEMENT by APPLICANT (अर्शक द्वारा कृत)**

- 1) By affixing my signature or thumb impression on this Form, I (Applicant) hereby agree & authorize 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.
- इस प्रकार मैं अपने हस्ताक्षर या अंगूठे के छाप लगाकर, मैं (अर्शक) अपने नाम, पता, तस्वीर और उद्देश्य को लेकर सहायता के लिए "कोशिका फाउंडेशन और उसके ट्रस्टी" को अधिकृत करता हूँ कि वे मेरा नाम, पता, फोटो और मेरे विवरण इस प्रकार से प्रकाशित करें, जहाँ "कोशिका" द्वारा प्रकाशित, प्रकाशित/प्रकाशित करने के लिए मेरी तस्वीर और विवरण के उपयोग से प्राप्त होने वाले धन को सहायता के लिए प्रयोग करने के लिए अधिकृत है। मेरे प्रश्न का निरास हो जाने के कारण मैं अपने उद्देश्य को पूरा करने के लिए "कोशिका फाउंडेशन" से सहायता नहीं लेता।
  - मैं (अर्शक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण को सहायता के उद्देश्य से प्रकाशित करने से सहायता का अभाव हो सकता है। इस संबंध में "कोशिका" द्वारा उद्देश्य को पूरा करने के लिए अंतिम और अविरोध योग्य होगा।

**APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION :**

अर्शक के हस्ताक्षर या अंगूठे का निशान



**AGREEMENT by HOSPITAL (हस्पताल द्वारा कृत)**

By affixing hereunder, signature of our Authorized 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.

इसमें अधिकृत, हस्ताक्षर को और से सहायता के लिए "कोशिका फाउंडेशन" से वित्तीय सहायता हेतु सिफारिश की जाती है, जिसे हम (हस्पताल) निम्न प्रकार से मान्यता प्रदान करते हैं:

- हम यह नहीं मानते हैं कि हम वर्तमान में या भविष्य में वित्तीय सहायता के लिए किसी और स्रोत से सहायता प्राप्त करने का कोई उद्देश्य रखते हैं, जो कि हमने "कोशिका फाउंडेशन" से सहायता प्राप्त करने के उद्देश्य से "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा प्रदान किया है। यदि "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा सहायता नहीं दी जाती है, तो हमें अपने उद्देश्य को पूरा करने के लिए किसी और स्रोत से सहायता प्राप्त करने का अधिकार सुरक्षित रहता है। इस प्रकार मैं स्पष्ट करता हूँ कि सहायता के लिए हमें सहायता के लिए किसी और स्रोत से सहायता प्राप्त करने का कोई उद्देश्य नहीं है।
- "कोशिका फाउंडेशन" से प्राप्त सहायता केवल वित्तीय प्रकृति की है। उपचार के चयन और सुरक्षा के चयन का निर्णय हमारे और रोगी के बीच है और "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा सहायता के उद्देश्य से प्रदान किया जाता है। इसलिए सहायता के उद्देश्य से सहायता प्राप्त करने का कोई उद्देश्य नहीं है और "कोशिका" को कोई भी सहायता प्रदान करने में कोई भूमिका नहीं है।

**RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE**  
स्वीकृति के लिए संस्तुति

Date of Surgery ऑपरेशन की तारीख 13/11/2020	Dr. K. Ghosh MBBS, D.O., M.D., FRCS Reg. No. 10071 Signature of Dr. & Regn. No. with Stamp डॉक्टर का नाम व हस्ताक्षर व छाप	Eshwar Singh (Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory on behalf of Hospital) नाम व पद हस्ताक्षर अधिकृत अधिकारी
--	--	--

**FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION** आंतरिक उपयोग हेतु

SIGNATURE of TRUSTEE 1 न्यायी हस्ताक्षर 1	SIGNATURE of TRUSTEE 2 न्यायी हस्ताक्षर 2
	