

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE
सहायता के लिए आवेदन प्राक्षय

(Healthcare)
(स्वास्थ्य सहायता)

Koshika
foundation
Building Block of Life

APPLICATION NO.: **V11218 | 1766**

APPLICATION DATE: **6/12/18**

NAME OF APPLICANT: **ANIL KARMAKAR**

AGE-YEARS: **55** SEX: **M**

FATHER'S/SPOUSE'S NAME: **UPENDRA KARMAKAR**

PRESIDENT RESIDENCE ADDRESS: **निवास संकेत नाम**

**NAKSYADHAR SARDAR PARA MANDIR PARA,
KARMAKAR PARA, PINDA, PANTHER, GARGAON,
NORTH 24 PARGANAS, 743390, WEST BENGAL**

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS: **प्राची अपार्टमेंट नं १०**

— AS ABOVE —

OCCUPATION: **LABOURER**

MARRIED (प्रवृत्ति) / UNMARRIED (अविवाहित)

TOTAL ANNUAL INCOME: **रु 16000x12 = 19200/-**

(Attach Proof of Income)
(जोग का सब्जेक्ट दर्शाय)

PAN No. **संख्या नं १२३४५६७८९**

ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable):
मेरा जोग जरूरी है (जोग जोग का नियम संतुष्टि)

Yes / No
हाँ / नहीं

FAMILY DETAILS **परिवार विवरण**

Sr. No. संख्या संख्या	Name of Family Member परिवार के सदस्यों का नाम	Age (Years) वय (वर्ष)	Gender लिंग	Relation with Applicant प्रवृत्ति के साथ सम्बन्ध
1.	ANIL KARMAKAR	55	M	SPOUSE
2.	PARUL KARMAKAR	51	F	WIFE
3.	THAPSI BACHU KARMAKAR	12	F	DAUGHTER
4.	JADEB KARMAKAR	19	M	SON
5.	TANMAY KARMAKAR	15	M	SON

BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable)
जोग के लिये नियमी जोग

SPL Card (Attach Card Copy) जोग के लिये जोग का (जोग का कोई साझा करना नहीं)	EWS Certificate (Attach Certificate Copy) जोग का कोई जोग का (जोग का कोई साझा करना नहीं)	Ration Card (Attach Copy) जोग का कोई साझा करना को	Any Other Basis/Proof जोग कोई साझा

"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE:
जोग के लिये जोग का उद्देश्य:

Sr. No. संख्या संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached जनरल/प्रीस्रिप्ट में जोग को गई जीवोंदेन सूची संलग्न
1.	DIAGNOSIS - CATARACT- RE
2.	Surgery- RE (Sic & frol)

ASSISTANCE BEING AWAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES
इस उद्देश्य के लिये जोग का जोग का जोग का जोग का जोग का

Sr. No. संख्या संख्या	NAME of OTHER SOURCE जोग का कोई साझा करना	AMOUNT of ASSISTANCE BEING AWAILED जोग का कोई साझा करना

DECLARATION by APPLICANT: मैंने यह प्रक्रिया का:

- 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 Kochika 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.

(1) मैं इस बात के लिए यह जानकारी को अपने जीवन की वास्तविकता के साथ समझता हूँ कि यह विद्यालय की जाग या जाग विद्यालय की जाग के लिए उपलब्ध करता है।

(2) मैं यह अपने "विद्यालय की जाग" के लिए यह जानकारी को अपने जीवन की वास्तविकता के साथ समझता हूँ, जो यह जानकारी के लिए उपलब्ध करता है।

(3) मैं यह अपने "विद्यालय की जाग" की वास्तविकता को जानता हूँ, जो यह जानकारी को अपने जीवन की वास्तविकता के साथ समझता है।

AGREEMENT by APPLICANT (check one box)

- 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/replicate 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 refinement 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) यह याचना मेरी सम्मति एवं अनुमति का रूप है कि "कोशिका प्राचीन ऐतिहासिक संस्कृत विद्या का संरक्षण, विकास एवं विज्ञान का उत्तम विकास" के लिए कोशिका प्राचीन ऐतिहासिक संस्कृत विद्या का संरक्षण, विकास एवं विज्ञान का उत्तम विकास है, जो "कोशिका" द्वारा नियंत्रित, परंतु, समाज के लोगों द्वारा उत्तम विकास के लिए विद्या का संरक्षण एवं विकास का उत्तम विकास है। यह याचना मेरी सम्मति एवं अनुमति का रूप है कि "कोशिका प्राचीन ऐतिहासिक संस्कृत विद्या का संरक्षण, विकास एवं विज्ञान का उत्तम विकास" के लिए कोशिका प्राचीन ऐतिहासिक संस्कृत विद्या का संरक्षण, विकास एवं विज्ञान का उत्तम विकास है।

2) मेरी याचना मेरी सम्मति एवं अनुमति का रूप है कि कोशिका प्राचीन ऐतिहासिक संस्कृत विद्या का संरक्षण, विकास एवं विज्ञान का उत्तम विकास के लिए कोशिका प्राचीन ऐतिहासिक संस्कृत विद्या का संरक्षण, विकास एवं विज्ञान का उत्तम विकास है।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION:

action of money on child and firm

ଅନ୍ତିମ କଣ୍ଠପ୍ରୟାସ

AGREEMENT by HOSPITAL (H-100 or H-101)

By affixing hereto under, 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 & its outcome & safety of the patient, and Koshika Foundation will have no role or responsibility in the matter.

इसी अधिकृत समझदारी को लेकर हमें "कोशिका प्रायोगिक" में निम्न घटना हुई विवरण था जहाँ है, जिसे तब (प्रायोगिक) निम्न घटना में दर्शाया गया है।

 - 1) यह कि यह समझदारी की अवधि में निम्न घटना होती है: सामाजिक संस्कार या विद्या अन्य गतियों में लिये गए नहीं हैं, और ये इसी "कोशिका प्रायोगिक" में विवरित होती है। इस दृष्टि से "कोशिका प्रायोगिक" द्वारा यह हुआ है कि: "कोशिका प्रायोगिक" द्वारा सामाजिक विद्याओं या गतियों को अन्य अन्य घटनाएँ से बाहर छोड़ा जाता है। यह दृष्टि से इस घटना की विवरण यह है कि सामाजिक विद्याएँ अन्य अन्य घटनाएँ से बाहर छोड़ी जाती हैं।
 - 2) "कोशिका प्रायोगिक" में यह यह घटना घोषित हुई थी: ऐसी यह घटना द्वारा यह घटना को दर्शाया जाता है कि यह घटना नहीं होती है कि: "कोशिका प्रायोगिक" द्वारा दर्शाया जाना जीव एक घटना नहीं है। उदाहरण समझना में दोनों के दृष्टिकोण सुनकर और जोने जो यही विवरण होते हैं कि यह घटना नहीं होती है कि: "कोशिका" को यही अधिकृत विवरण द्वारा दर्शाया जाना जीव एक घटना नहीं है।

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE
संकेतित के लिए संमति

Date of Surgery ਦੀਨ ਵੇਂ ਹੋਣਾ 6/12/18	Mr. Agarwal MD(Eye) REFINER (Name of Dr. & Regn. No. with Stamp) ਡਾਕ ਨੰ. ਨੰ. ਵੇਂ ਸ਼ਹਿਰ ਵੇਂ ਨੰ.	Srib Sankar Bagchi Director (Name, Designation & Stamp of Authorized Signatory on behalf of Hospital) ਸ਼. ਪ. ਪ. ਸਾਹਮਣੇ ਲਈ ਅਧੀਕਤਾ ਵਿਲੱਖਣ
---	--	--

FOR INTERNAL USE of KOSHICA FOUNDATION કોશિકા ફાઉન્ડેશન દ્વારા

SIGNATURE of TRUSTEE 1
गुरु गुर्जर ।

Sixty

SIGNATURE of TRUSTEE 3
नियमी व्यक्ति ३

Eric B