

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE

सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)

(स्वास्थ्य देखभाल)



Koshika
foundation
Building block of life.

APPLICATION No. : K/1218/1748 APPLICATION DATE : 7/12/18

NAME of APPLICANT : LAKSHI KARMAKAR AGE-YEARS : 65 SEX : F

FATHER/SPOUSE'S NAME : KESHAB KARMAKAR

PRESENT RESIDENCE ADDRESS : GABAL, PRATAPNAGAR, SOUTH 24 PARGANAS, 743330, WEST BENGAL

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS : AS ABOVE

OCCUPATION : HOME MAKER

TOTAL ANNUAL INCOME : NIL

PAN No. : [Blank]

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

YES / NO

FAMILY DETAILS परिवार विवरण				
Sr. No. क्रम संख्या	Name of Family Member परिवार के सदस्य का नाम	Age (Years) उम्र (वर्ष)	Gender लिंग	Relation with Applicant आवेदक से सम्बन्ध
1.	LAKSHI KARMAKAR	65	F	SELF
2.	ASIM KARMAKAR	42	M	SON
3.	ASHOK KARMAKAR	39	M	SON
4.	ASHOK KARMAKAR	26	M	SON
5.	ANITA KARMAKAR	20	F	DAUGHTER

BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable)

BPL Card (Attach Card Copy) गरीबी रक्षा के नीचे प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की प्रतिलिपि संलग्न करें)	EWS Certificate (Attach Certificate Copy) अल्प आय वर्ग प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की प्रतिलिपि संलग्न करें)	Ration Card (Attach Copy) उपभोग्य कार्ड (प्रमाण पत्र की प्रतिलिपि संलग्न करें)	Any Other Basis/Proof अन्य कोई प्रमाण
---	--	---	---

"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE:

सहायता हेतु निम्न उद्देश्यों का उद्देश्य:

Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached आपसलाह/दवाखत से जारी की गई प्रतिवेदन सूची संलग्न
1.	PHARMACOLOGICAL - CATARACT - LE
2.	SURGERY - LE (Surgical)

ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES

इस उद्देश्य के हेतु कोई अन्य सहायता किसी अन्य स्रोत से प्राप्त हुई 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: (अर्पण करने वाले)

- 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 यहाँ पर बताना हूँ कि इस प्रश्न में दिये गये सभी विवरण मेरी जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई विवरण सत्य नहीं माना जाय तो इससे मेरी प्रार्थना निरा हो जा सकती है।
- मैं यहाँ पर बताना चाहता हूँ कि "कोशिका फाउंडेशन", से जो भी मदद मिले, उसका उपयोग केवल मेरे द्वारा यहाँ पर दिये गये उद्देश्य के लिए किया जायेगा, जो इस प्रश्न में बताना है।
- मैं यहाँ पर बताना हूँ कि मैं इस प्रार्थना हेतु या उसके बाद किसी भी अन्य स्रोत/रोजगार/बीमा कंपनी से न तो धन ले रहा हूँ और न ही भविष्य में लूँगा।

AGREEMENT by APPLICANT (अर्पण करने वाला)

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 fulfilment 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 प्रश्न पर अपने हस्ताक्षर या अंगूठे की छाप लगाकर, मैं (अर्पणकर्ता) यहाँ पर अपनी स्वीकृति दे रहा हूँ कि "कोशिका फाउंडेशन और इसके ट्रस्टी" को अधिकृत बताना है कि वे मेरा नाम, पता, फोटो और मेरे विवरण इस प्रश्न में दी गई हैं, जो "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा प्रकाशित, प्रिंट, इलेक्ट्रॉनिक, या अन्य किसी भी माध्यम से मेरी तस्वीर और विवरणों का उपयोग करके कोशिका फाउंडेशन के लिए धन जुटाने और/या इसकी गतिविधियों/प्राप्ति के बारे में जानकारी फैलाने के लिए किया जा सकता है।

2) मैं (अर्पणकर्ता) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण को बिना किसी भी शर्त के उपयोग के लिए किया जा सकता है। इस बात से मेरी प्रार्थना को "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा जारी रखने से कोई भी अधिकार नहीं होगा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION :

अर्पणकर्ता की हस्ताक्षर या अंगूठे की छाप



AGREEMENT by HOSPITAL (हॉस्पिटल करने वाला)

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:

- 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.

हमारे अधिकृत, हस्ताक्षर की ओर से यहाँ पर दिये गये "कोशिका फाउंडेशन" से वित्तिय सहायता हेतु सिफारिश की जाती है, जिसे हम (हॉस्पिटल) निम्न प्रश्न से सत्य मानकर स्वीकार करते हैं।

1) यह कि न तो हमारे पास और न ही भविष्य में वित्तिय सहायता किसी भी अन्य स्रोत से प्राप्त करने के लिए हमें कोई भी अधिकार है, जो हमें "कोशिका फाउंडेशन" से प्राप्त करने के लिए आवश्यक है, जब तक कि "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा प्रदान किया गया सहायता हमारे लिए पर्याप्त नहीं है। यदि "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा प्रदान किया गया सहायता हमारे लिए पर्याप्त नहीं है, तो हमें इससे कम की मदद से अपनी आवश्यकताओं को पूरा करने के लिए अन्य स्रोतों से मदद लेने का अधिकार होगा।

2. "कोशिका फाउंडेशन" से जो भी वित्तिय सहायता हमें मिलेगी, वह केवल वित्तिय सहायता ही होगी। हमारे पास हॉस्पिटल द्वारा दी गई सहायता का उपयोग करने का पूर्ण अधिकार होगा और हमें इसका उपयोग करने में कोई भी बाधा नहीं होगी। हमारे पास हॉस्पिटल द्वारा दी गई सहायता का उपयोग करने का पूर्ण अधिकार होगा और हमें इसका उपयोग करने में कोई भी बाधा नहीं होगी।

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE

स्वीकृति के लिए प्रेषित

Date of Surgery अपरेशन की तारीख 31/12/18	Dr. Ajok Agrawal F.M.D(Eye), F.F.S(NEC) Reg. No. 34413 (Name of Dr. & Regn. No. with Stamp) हस्ताक्षर का नाम व इलाका का पता दे	Dr. Shikhar Sankar Bagchi Director (Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory on behalf of Hospital) हस्ताक्षर का नाम व इलाका का पता दे
--	---	--

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION (अंदरूनी उपयोग के लिए)

SIGNATURE of TRUSTEE 1 आपकी हस्ताक्षर 1	SIGNATURE of TRUSTEE 2 आपकी हस्ताक्षर 2