

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE

सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)

(स्वास्थ्य देखभाल)



Koshika
foundation
Building blocks of life.

APPLICATION No.:
आवेदन संख्या :

K/1218/1810

APPLICATION DATE:
आवेदन तिथि

21/12/18

NAME of APPLICANT:
आवेदक का नाम

ANNA KARMAKAR.

AGE-YEARS आयु-वर्ष

63

SEX लिंग

F.

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

NARAYAN KARMAKAR.

PRESENT RESIDENCE ADDRESS वर्तमान निवास

CHANDIGIRI PURGA PARA RAJENDRAPUR
BASKING NORTH WARGANAS 843402
WEST BENGAL.

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS: स्थायी निवास

- AS ABOVE -

OCCUPATION:
व्यवसाय

HOME MAKER

MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)

TOTAL ANNUAL INCOME:
कुल वार्षिक आय

NIL

(Attach Proof of Income)
(आय का प्रमाण प्रस्तुत करें)

PAN No. पैन संख्या

ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable):
क्या आप आय कर दाता हैं (जो लागू हो उसे या सभी 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 संबंध
1.	ANNA KARMAKAR	63	F	SELF
2.	SUBHA KARMAKAR	41	F	DAUGHTER
3.	SUNIL KARMAKAR	38	M	SON

BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable)
सहायता के निम्न विधि अपना

BPL Card (Attach Card Copy) गरीबी रेशा की कोपी प्रदान करें (प्रमाण पत्र की साथ प्रती प्रस्तुत करें)	EWS Certificate (Attach Certificate Copy) आय आय का प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की साथ प्रती प्रस्तुत करें)	Ration Card (Attach Copy) उपभोग्य कार्ड (प्रमाण पत्र की साथ प्रती प्रस्तुत करें)	Any Other Basis/Proof अन्य कोई साक्ष्य
--	--	---	--

"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE:

सहायता हेतु निम्न किन्हीं का उद्देश्य:

Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached आपका/आपकी से जारी की गई प्रतिवेदन प्रती प्रस्तुत
1.	DIAGNOSIS - CATARACT - R.E.
2.	SURGERY - R.E (SICS + 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 तो गई सहायता राशि

DECLARATION by APPLICANT: (अर्शक 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 प्रपत्र में दिये गये सभी विवरण सही जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई विवरण सत्य नहीं, झूठा या गलत पाया जाता है तो मेरी प्रार्थना निरास की जा सकती है।
- 2) मैं इस बात को गंभीरतापूर्वक "बोशिका फाउंडेशन", से जो भी मदद मिले, उसका उपयोग केवल उद्देश्य के लिए ही करूँगा, जिसके लिए मैं इस प्रपत्र में मदद माँग रहा हूँ।
- 3) मैं पुनः घोषणा हूँ कि मैं इस प्रार्थना हेतु या भविष्य में किसी भी रूप में, इस रकम या किसी भी अन्य स्रोत/रोजगार/बीमा कंपनी से न तो किसी भी और न ही अधिक पैसा लूँगा।

AGREEMENT by APPLICANT (अर्शक द्वारा स्वीकार)

1) By affixing my signature or thumb impression on this Form, I (Applicant) hereby agree & authorize Koshika Foundation and its Trustees to use/publish/post-up/propagate 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 प्रपत्र पर अपने हस्ताक्षर या अंगूठे की छाप लगाकर, मैं (अर्शक) अपनी स्वीकृति की पुष्टि करता हूँ एवं "बोशिका फाउंडेशन और इसके ट्रस्टी" को अधिकृत करता हूँ कि वे मेरा नाम, पता, फोटो और जो विवरण इस प्रपत्र में घोषित है, उसे "बोशिका" द्वारा प्रसारित, प्रकाशित, प्रसारण, प्रसारण, प्रसारण के माध्यम से मुझे भविष्य में और उपलब्धियों के लिए किसी भी प्रकार का प्रचार करने के लिए अधिकृत है। मेरे प्रपत्र का विवरण मेरे प्रपत्र के पते पर या बाद में करने के लिए "बोशिका फाउंडेशन" से प्रसारित अधिकृत है।

2) मैं (अर्शक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण जो कि प्रार्थना के उद्देश्य में प्रसारित है मुझे प्रचार, प्रचार या प्रचार की प्रार्थना इस प्रपत्र में "बोशिका" द्वारा प्रसारित, प्रकाशित या प्रसारित करने और प्रचार करने की अनुमति है।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION :

अर्शक के हस्ताक्षर या अंगूठे का निशान



AGREEMENT by HOSPITAL (हॉस्पिटल द्वारा स्वीकार)

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:

- 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.

इससे अधिकृत, हमारी ओर से प्रमाणित करने वाले "बोशिका फाउंडेशन" से वित्तीय सहायता हेतु सिफारिश की जाती है, जिसे हम (हॉस्पिटल) निम्न प्रपत्र के माध्यम से स्वीकार करते हैं।

1) यह कि न तो हमारे पास और न ही भविष्य में वित्तीय सहायता किसी भी अन्य स्रोत से प्राप्त करने के लिए हमें कोई अधिकार है, क्योंकि हमें "बोशिका फाउंडेशन" से वित्तीय सहायता प्राप्त करने के लिए प्रार्थना की जा रही है। यदि "बोशिका फाउंडेशन" द्वारा प्रार्थना की गई सहायता पूरी तरह से नहीं दी जाती है, तो हमें अपने आप से या किसी अन्य स्रोत से सहायता लेने का अधिकार सुरक्षित रहता है। इस पुष्टि के साथ हम स्वीकार करते हैं कि प्रार्थना के लिए हमें "बोशिका फाउंडेशन" से वित्तीय सहायता प्राप्त करने के लिए प्रार्थना करने की आवश्यकता है।

2. "बोशिका फाउंडेशन" से जो भी सहायता प्रदान की जाती है, वह केवल वित्तीय प्रकृति की है। रोगी या हॉस्पिटल द्वारा दी गई सहायता या निम्नलिखित प्रकृति का चुनाव रोगी एवं हॉस्पिटल के बीच का विषय है और "बोशिका फाउंडेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई प्रभाव नहीं है। इसलिए हॉस्पिटल में रोगी की सहायता सुचारु और सुरक्षित रूप से की जाती है, जो रोगी और "बोशिका" को कोई भी प्रभाव या जिम्मेदारी इस मामले में नहीं होगी।

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE

स्वीकृति के लिए प्रस्तावित

Date of Surgery अपरेशन की तारीख 08/12/18	Shanker NAG (Name of Dr. & Reg. No. with Stamp) हस्ताक्षर का नाम व पंजीकरण नंबर और छाप	Shib Sankar Bagchi (Name, Designation & Stamp of Authorized Signatory on behalf of Hospital) हस्ताक्षर 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