

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE (Healthcare)				(स्वास्थ्य देखभाल)	
APPLICATION No. / आवेदन संख्या : K1121811929				APPLICATION DATE / आवेदन तिथि : 12/10/12	
NAME of APPLICANT / आवेदक का नाम : NIRANJAN KARMAKAR				AGE-YEARS / आयु-वर्ष : 73	SEX / लिंग : M
FATHER'S/SPOUSE'S NAME / पिता/सहोदर का नाम : RAMAN KARMAKAR					
PRESENT RESIDENCE ADDRESS / वर्तमान आवासीय पता : SHITLA BARJARA BANKURA DISTRICT, WEST BENGAL					
PERMANENT RESIDENCE ADDRESS / स्थायी आवासीय पता : - AS ABOVE -					
OCCUPATION / व्यवसाय : UNEMPLOYED				MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित) : ☒	
TOTAL ANNUAL INCOME / वार्षिक आय : NIL				(Attach Proof of Income / (आय का सबूत संलग्न))	
PAN No. / आयकर पहचान संख्या :					
ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable) / क्या आप आय कर दाता हैं (जो मान्य हो उस पर चिह्न का निशान लगाएं) : Yes / No ☒					
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 सम्बन्ध	
1.	NIRANJAN KARMAKAR	73	M	SELF	
2.	SHITLA KARMAKAR	71	F	WIFE	
3.	KALI DAS KARMAKAR	39	M	SON	
BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable) / सहायता के लिए किसी आधार					
BPL Card (Attach Card Copy) / गरीबी रक्षा के नीचे आने पर (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें)		EWS Certificate (Attach Certificate Copy) / आय आय वर्ग प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें)		Any Other Basis/Proof / अन्य कोई सबूत	
"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE: / सहायता हेतु निम्ने पदों किसी का उद्देश्य:					
Sr. No. / क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached / अस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई प्रतिवेदन सूची संलग्न				
1.	MAGNETIC- Resonance- L6.				
2.	SURGERY- L6 (SISTITOL)				
ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES / इस उद्देश्य के हेतु कोई अन्य सहायता किसी अन्य स्रोत से प्राप्त पत्र हो?					
Sr. No. / क्रम संख्या	NAME of OTHER SOURCE / अन्य स्रोत का नाम			AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILED / ली गई सहायता राशि	

DECLARATION by APPLICANT: (आवेदक 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 यहाँ घोषणा करता हूँ कि इस प्रपत्र में दिये गये सभी विवरण सही जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई विवरण सत्य नहीं माना जाय तो मेरी सहायता निरस्त हो जा सकती है।
- 2) मैं इससे घोषणा करती हूँ कि "कोशिका फाउंडेशन", से जो भी सहायता मिले, उसका उपयोग केवल उद्देश्य के पूर्ण अंश के लिए किया जायेगा, जो इस प्रपत्र में पता चला है।
- 3) मैं यहाँ घोषणा करता हूँ कि मैं इस सहायता हेतु या भविष्य में कभी भी, इस रकम का कोई भी हिस्सा किसी अन्य स्रोत/एम्प्लॉयर/इन्सुरेंस कंपनी से न ले लेता हूँ और न ही भविष्य में लूँगा।

AGREEMENT by APPLICANT: (आवेदक द्वारा सहमति)

- 1) By affixing my signature or thumb impression on this Form, I (Applicant) hereby agree & authorise Koshika Foundation and its Trustees to use/publish/post-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 प्रपत्र पर मेरी हस्ताक्षर या बाएँ अंगुली की छाप लगाकर, मैं (आवेदक) यहाँ घोषणा करती हूँ कि मैं "कोशिका फाउंडेशन और इसके ट्रस्टी" को अधिकृत करता हूँ कि वे मेरा नाम, पता, फोटो और मेरे विवरण इस प्रपत्र में घोषित हैं, इसे "कोशिका" द्वारा यादों, चित्र, प्रकाशित पत्रों, इत्यादि के माध्यम से मुझे चिकित्सीय और वित्तीय सहायता के लिए किसी भी उपाय का उपयोग करने के लिए अधिकृत है। मेरी प्रपत्र पर विवरण को प्रकाशित करने या मेरे नाम से मेरे लिए "कोशिका फाउंडेशन" से सहायता अधिकृत है।
- 2) मैं (आवेदक) इससे सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण जो कि सहायता के उद्देश्य के अंतर्गत हैं, मुझे सहायता का इस्तेमाल नहीं करता। इस मामले में "कोशिका" द्वारा उद्देश्य के अंतर्गत का निर्णय अंतिम और स्वीकार्य होगा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION:

आवेदक के हस्ताक्षर या बाएँ अंगुली का निशान



AGREEMENT by HOSPITAL: (हॉस्पिटल द्वारा सहमति)

- By affixing hereunder, signature of our Authorised Signatory for recommending this candidate 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.
- हमने अधिकृत, इलाहाबाद को और से चिकित्सीय और वित्तीय सहायता हेतु सिफारिश की जाती है, कि हम (हॉस्पिटल) निम्न प्रस्ताव से सहमत हैं।
- 1) यह कि हम न तो वर्तमान और न ही भविष्य में किसी अन्य स्रोत से वित्तीय सहायता हेतु सिफारिश करने के लिए या ले रहे हैं, जैसे कि हमने "कोशिका फाउंडेशन" से सिफारिश/प्रक्रिया के अंतर्गत में "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा प्राप्त हेतु है। यदि "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा सहायता निरस्त अंतिम/प्रक्रिया हेतु हमने नहीं किया जाता है तो हमें सहायता हेतु अन्य स्रोत से सहायता लेने का अधिकार सुरक्षित रहता है। इस दृष्टि से स्पष्ट करता है कि हमारा सिफारिश करने पर हमें सहायता हेतु किसी भी प्रकार की सहायता या किसी अन्य स्रोत से नहीं ले सकते हैं।
2. "कोशिका फाउंडेशन" से जो भी सहायता प्राप्त की जा सकती है, उसे या हमारा द्वारा ही प्राप्त करने के लिए हमें सहायता के लिए या हमारे द्वारा ही प्राप्त करने का निर्णय है और "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई प्रस्ताव नहीं है। इसीलिए हमारा न तो हमें सहायता प्राप्त करने और न ही किसी भी प्रकार की सहायता या किसी भी प्रकार से सहायता हेतु हमारे ही नहीं ले सकते हैं।

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE

स्वीकृति के लिए सिफारिश

Date of Surgery ऑपरेशन की तारीख 12/12/18	Dr. H. Shankar Nag MS. (OPHTH) (Name of Dr. & Designation with Stamp) हस्ताक्षर और नाम के साथ मुद्रा	Shib Sankar Bagchi Director (Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory on behalf of Hospital) यह मेरा नाम हॉस्पिटल अधिकृत अधिकारी
--	---	--

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION आंतरिक उपयोग हेतु

SIGNATURE of TRUSTEE 1 आवेदक 1 [Signature]	SIGNATURE of TRUSTEE 2 आवेदक 2 [Signature]
--	--