

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE

सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)

(स्वास्थ्य देखभाल)



Koshika
foundation
Building block of life.

APPLICATION No. :

आवेदन संख्या :

K/1218/2034

APPLICATION DATE :

आवेदन तिथि

17/12/18

NAME of APPLICANT :

आवेदक का नाम

TARA KARMAKAR

AGE-YEARS आयु-वर्ष

70

SEX लिंग

F

FATHER/SPOUSE'S NAME :

पिता/सहोदर का नाम

SASTHI NASKAR

PRESENT RESIDENCE ADDRESS वर्तमान निवास पता

69, M.C. ROAD, MIDHAN PALLY, JOKA, KOLKATA 700104, WEST BENGAL

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS : स्थायी निवास पता

AS ABOVE



OCCUPATION :

व्यवसाय

HOME MAKER

MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)

TOTAL ANNUAL INCOME :

कुल वार्षिक आय

NIL

(Attach Proof of Income)

(आय का प्रमाण संलग्न करें)

PAN No. : सही पता दें

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

क्या आप आय कर दाता हैं (को यहाँ से उचित पर चिह्नित करें)

Yes / No

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.	TARA KARMAKAR	70	F	SELF
2.	CHANDAN KARMAKAR	47	M	SON
3.	ANUBH KARMAKAR	45	M	SON
4.	DEBKY PAUL	42	F	DAUGHTER

BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable)

सहायता के लिये विधि आधार

SPL Card (Attach Card Copy) गरीबी रेश से नीचे आय का (आय का को छात्र प्रति संलग्न करें)	EWS Certificate (Attach Certificate Copy) आय आय वर्ग आय का (आय का को छात्र प्रति संलग्न करें)	Ration Card (Attach Copy) उपभोग्य कार्ड (आय का को छात्र प्रति संलग्न करें)	Any Other Basis/Proof अन्य कोई सबूत
---	--	---	---

"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE:

सहायता हेतु किने गये निम्न का उद्देश्य:

Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached अस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई प्रतिवेदन सूची संलग्न
1.	DIAGNOSIS - CATARACT - RE
2.	SURGERY - RE (SIC 37.10L)

ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES

इस उद्देश्य के हेतु कोई अन्य सहायता किसी अन्य स्रोत से प्राप्त क्या हो?

Sr. No. क्रम संख्या	NAME of OTHER SOURCE अन्य स्रोत का नाम	AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILED जी 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.
- 4) मैं घोषणा करता हूँ कि इस प्रकरण में दिये गये सभी विवरण सही जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई विवरण सत्य नहीं माना जाय तो मेरी आवेदन पत्र को खारिज कर दिया जायेगा।
- 5) मैं इस बात को स्वीकार करता हूँ कि "कोशिका फाउंडेशन", मेरी मदद करेगी, जो कि मेरी मदद के लिए है, जो कि मेरी मदद के लिए है, जो कि मेरी मदद के लिए है।
- 6) मैं घोषणा करता हूँ कि मैं इस मदद को नहीं ले रहा हूँ, जो कि मेरी मदद के लिए है, जो कि मेरी मदद के लिए है, जो कि मेरी मदद के लिए है।

AGREEMENT by APPLICANT (आवेदक द्वारा सहमत)

- 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/produce 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.
- 3) इस प्रकरण में मेरी जानकारी के अनुसार, मैं (आवेदक) स्वीकार करता हूँ कि "कोशिका फाउंडेशन और इसके भरोसे" को अधिकृत करता हूँ कि वे मेरा नाम, पता, फोटो और मेरे विवरण इस प्रकरण में प्रकाशित करें, जो कि "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा प्रकाशित करने के लिए है, जो कि मेरी मदद के लिए है, जो कि मेरी मदद के लिए है, जो कि मेरी मदद के लिए है।
- 4) मैं (आवेदक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण जो कि मेरी मदद के लिए है, जो कि मेरी मदद के लिए है, जो कि मेरी मदद के लिए है।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION :

आवेदक की हस्ताक्षर या बायाँ अंगुली का निशान



AGREEMENT by HOSPITAL (हॉस्पिटल द्वारा सहमत)

- 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.

- हमारे अधिकृत, इसका अर्थ है कि हम (हॉस्पिटल) निम्न प्रकार से स्वीकार करते हैं:
- 1) कि हम न तो वर्तमान में न ही भविष्य में किसी अन्य स्रोत से वित्तीय सहायता प्राप्त करने के लिए किसी भी रोगी के लिए मदद मांगेंगे, जो कि हमें "कोशिका फाउंडेशन" से प्राप्त करने के लिए है, जो कि हमें "कोशिका फाउंडेशन" से प्राप्त करने के लिए है, जो कि हमें "कोशिका फाउंडेशन" से प्राप्त करने के लिए है।
- 2) "कोशिका फाउंडेशन" से प्राप्त की गई सहायता केवल वित्तीय प्रकृति की है। रोगी पर उपचार का चुनाव रोगी और हॉस्पिटल के बीच है, जो कि "कोशिका फाउंडेशन" से प्राप्त करने के लिए है, जो कि हमें "कोशिका फाउंडेशन" से प्राप्त करने के लिए है, जो कि हमें "कोशिका फाउंडेशन" से प्राप्त करने के लिए है।

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE

स्वीकृति के लिए संलग्न

Date of Surgery ऑपरेशन की तारीख 12/12/18	Dr. Anil Kumar 12/12/18 (Name of Dr. & Regn. No. with Stamp) हॉस्पिटल का नाम व डॉक्टर का नाम	Shib Sankar Bagchi Director (Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory on behalf of Hospital) हॉस्पिटल के अधिकृत अधिकारी
--	---	---

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

SIGNATURE of TRUSTEE 1 आवेदक द्वारा	SIGNATURE of TRUSTEE 2 आवेदक द्वारा
<i>[Signature]</i>	<i>[Signature]</i>