

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE
सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)
(स्वास्थ्य रक्षामाल)



APPLICATION No. : **K/0424/0121**
आवेदन संख्या :

APPLICATION DATE : **24.04.24**
आवेदन तिथि

NAME of APPLICANT : **RINA KARMAKAR**
आवेदक का नाम

AGE-YEARS **70**

SEX **F**

FATHER'S/SPOUSE'S NAME : **JAYANTA KARMAKAR**
पिता/पति का नाम



PRESENT RESIDENCE ADDRESS **वर्तमान निवास पता**

**GANDHI NAGAR PANIHATI
NORTH 24 PARAGANAS 700114
NBS 9 BGNHPC**

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS : **स्थायी निवास पता**

AS ABOVE.

OCCUPATION : **HOUSE WIFE**
व्यवसाय

MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)

TOTAL ANNUAL INCOME : **8000 x 12 = 96000**
कुल वार्षिक आय

(Attach Proof of Income)
(आय का सबूत संलग्न)

PAN No. **स्वास्थ्य सहाय संख्या**

ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable):
क्या आप आय कर चुकाते हैं (जो सत्य हो उस पर तिकी का निशान लगावें)

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 सम्बन्ध
1.	RINA KARMAKAR	70	F	SELF
2.	JAYANTA KARMAKAR	73	M	HUSBAND
3.	SUBIR KARMAKAR	52	M	SON
4.	PRABIR KARMAKAR	50	M	SON

BASES for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable)
सहायता के लिये निम्नलिखित आधार

<input type="checkbox"/> BPL Card (Attach Card Copy) गरीबी रेषा के नीचे आय का प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की साथ प्रति संलग्न करें)	<input type="checkbox"/> EWS Certificate (Attach Certificate Copy) अल्प आय वर्ग प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की साथ प्रति संलग्न करें)	<input type="checkbox"/> Ration Card (Attach Copy) उपभोग्यता कार्ड (प्रमाण पत्र की साथ प्रति संलग्न करें)	<input type="checkbox"/> Any Other Basis/Proof अन्य कोई सबूत
---	---	--	---

"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE:
सहायता हेतु निम्नलिखित उद्देश्य:

Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached रोगनिदान/प्रातिफल से जारी की गई प्रतिवेदन सूची संलग्न
	DIAGNOSIS - CATARACT - RE
	SURGERY - RE - (SICS & IOL)

ASSISTANCE BEING AWAILED 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 AWAILED कितनी राशि सहायता मिली

DECLARATION by APPLICANT: उम्मेदवार द्वारा घोषणा यह:

- 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.
- 1) मैं यहाँ घोषणा करता हूँ कि इस प्रपत्र में दिये गये सभी विवरण मेरी जानकारी के अनुसार सच एवं सही हैं। यदि कोई गलतबाई हुई जाय तो मेरा प्रपत्र खारज हो सकता है।
- 2) मैं यहाँ घोषणा करता हूँ कि "उम्मेदवार फंडेशन", से जो भी मदद मिले, उसका इस्तेमाल उम्मेदवार को भुवि के सिने सिने कारणों के लिए ही करना होगा, जो इस प्रपत्र में बतलाया है।
- 3) मैं यहाँ घोषणा करता हूँ कि मैं किसी भी तरह से या भविष्य में किसी भी अन्य स्रोत/रोजगार/बिमा कंपनी के द्वारा उम्मेदवार के लिए मांगी गई मदद का पूरा-पूरा उपयोग नहीं करूँगा।

AGREEMENT by APPLICANT (उम्मेदवार द्वारा करार)

- By affixing my signature or thumb impression on this Form, I (Applicant) hereby agree & authorise Koshika Foundation and it's Trustees to use/publish/put-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 it's 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.
 - 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 (उम्मेदवार) आपकी स्वीकृति की घोषणा करता हूँ एवं "कोशिका फंडेशन और इसके भरोदारों" को अधिकृत करता हूँ कि वे मेरा नाम, पता, फोटो और मेरे विवरण इस प्रपत्र में जोड़ सकते हैं, उन्हें "कोशिका" एम्ब्लम, पत्र, साप्ताहिक पत्र, ऑनलाइन से जुड़ी प्रतियोगिताओं और उपलब्धियों के विषय में किसी भी प्रकार की जानकारी प्रसारित करने के लिए अधिकृत है। मेरी प्रपत्र पर विवरण से उत्पन्न की जाने वाली या मेरे नाम से किये गये "कोशिका फंडेशन" व अन्यी अधिकृत है।
- 2) मैं (उम्मेदवार) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण को किसी भी माध्यम से प्रसारित करने के लिए "कोशिका फंडेशन" एम्ब्लम, पत्र, साप्ताहिक पत्र, ऑनलाइन से जुड़ी प्रतियोगिताओं और उपलब्धियों के विषय में किसी भी प्रकार की जानकारी प्रसारित करने के लिए अधिकृत है। मेरी प्रपत्र पर विवरण से उत्पन्न की जाने वाली या मेरे नाम से किये गये "कोशिका फंडेशन" एम्ब्लम, पत्र, साप्ताहिक पत्र, ऑनलाइन से जुड़ी प्रतियोगिताओं और उपलब्धियों के विषय में किसी भी प्रकार की जानकारी प्रसारित करने के लिए अधिकृत है।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION :

उम्मेदवार के हस्ताक्षर या अंगूठे का निशान

Rinadani karmaker

AGREEMENT by HOSPITAL (हॉस्पिटल द्वारा करार)

- 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 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.
 - 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 & it's outcome & safety of the patient, and Koshika Foundation will have no role or responsibility in the matter.
- हमको अधिकृत, स्वीकृति की और से समझौते की "कोशिका फंडेशन" से वित्तीय सहायता हेतु सिफारिश की जाती है, बिना हम (हॉस्पिटल) विना प्रचार से अन्य व सहायता करते हैं।
- 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.
 - 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 & it's outcome & safety of the patient, and Koshika Foundation will have no role or responsibility in the matter.
- हमको अधिकृत, स्वीकृति की और से समझौते की "कोशिका फंडेशन" से वित्तीय सहायता हेतु सिफारिश की जाती है, बिना हम (हॉस्पिटल) विना प्रचार से अन्य व सहायता करते हैं।
- 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.
 - 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 & it's outcome & safety of the patient, and Koshika Foundation will have no role or responsibility in the matter.

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE
स्वीकृति के लिए संभव

Date of Surgery
ऑपरेशन की तारीख
24/1/24

Dr. S. S. Das
Director
M.B.B.S. M.S. (Gen. Med.)
(Name of Dr. & Regn. No. with Stamp)
SANKA HOSPITAL

OPTOM ANANTA DAS
(Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory on behalf of Hospital)
SANKA HOSPITAL

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION स्वीकृति उपयोग हेतु

SIGNATURE of TRUSTEE 1
भरोदार 1
[Signature]

SIGNATURE of TRUSTEE 2
भरोदार 2
[Signature]