

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE
सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)
(स्वास्थ्य देखभाल)



APPLICATION No. / आवेदन संख्या: **K/0523/0158**

APPLICATION DATE / आवेदन तिथि: **09.05.23**

NAME of APPLICANT / आवेदक का नाम: **NARAYAN KARMAKAR**

AGE YEARS / आयु वर्ष: **63**

SEX / लिंग: **M**

FATHER'S/SPOUSE'S NAME / पिता/कटुपत्नी का नाम: **SUNIL KARMAKAR**

PRESENT RESIDENCE ADDRESS / वर्तमान आवासोप पता: **PART NO 98, BADURIA, NORTH 24 PARGANAS, WESTBENGAL**

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS / स्थाई आवासोप पता: **- AS ABOVE -**



OCCUPATION / व्यवसाय: **FARMER**

MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित): /

TOTAL ANNUAL INCOME / कुल वार्षिक आय: **RS. 3000 x 12 = 36,000/-**

(Attach Proof of Income) / (आय का साक्ष्य संलग्न करें)

PAN No. / स्थाई खाता संख्या

ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable) / क्या आप आय कर दाता हैं (जो सत्य हो उस पर सही का निशान लगाएं): Yes / No / हाँ / नहीं

FAMILY DETAILS / परिवार विवरण

Sr. No. / क्रम संख्या	Name of Family Member / परिवार की सदस्यों का नाम	Age (Years) / उम्र (वर्ष)	Gender / लिंग	Relation with Applicant / आवेदक के साथ सम्बन्ध
1.	NARAYAN KARMAKAR	63	M	SELF
2.	SUPARNA KARMAKAR	58	F	WIFE
3.	TAPASI KARMAKAR	35	F	DAUGHTER

BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable) / सहायता के लिये कितनी आधार

BPL Card (Attach Card Copy) / गरीबी रेखा के नीचे प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें)	EWS Certificate (Attach Certificate Copy) / अन्य आय वर्ग प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें)	Ration Card (Attach Copy) / उपभोक्ता कार्ड (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें)	Any Other Basis/Proof / अन्य कोई साक्ष्य
--	--	--	--

"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE: / सहायता हेतु किसे गये निशानों 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(+IOL))

ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES / इस उद्देश्य के हेतु कोई अन्य सहायता किसे अन्य स्रोत से लिये गया है?

Sr. No. / क्रम संख्या	NAME of OTHER SOURCE / अन्य स्रोत का नाम	AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILED / ली गई सहायता राशि

DECLARATION by APPLICANT (अर्शदक द्वारा घोषणा पर):

- 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 फ़ॉर्म में दिए गए सभी विवरण सही जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई विवरण एवं कथन असत्य पाया जाता है तो मेरी सहायता निरस्त की जा सकती है।
- 2) मेरे द्वारा जो सहायता "कोशिका फाउन्डेशन" से ली जा रही है, उसका उपयोग उम्मी उद्देश्य को पूर्ति के लिए किया जाएगा, जो इस फ़ॉर्म में धारा गया है।
- 3) मैं पुष्टि करता हूँ कि विधि सहायता हेतु, एक वर्षोंक को नहीं है, उस राशि का अधिकतम या समकाल किसी किसी अन्य स्रोत/रोपी/बिमा/कंपनी से न ली जायता है और न ही वापिस में लूँगा।

AGREEMENT by APPLICANT (अर्शदक द्वारा सकार):

1) By affixing my signature or thumb impression on this Form, I (Applicant) hereby agree & authorise Koshika Foundation and it's 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 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.

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 आंगूठे को छाप लगाकर, मैं (अर्शदक) अपनी स्वीकृति को पुष्टि करता हूँ एवं "कोशिका फाउन्डेशन और उसके न्यासीयों" को अधिकृत करता हूँ कि वे मेरा नाम, पता, फोटो और जो विवरण इस प्रश्न में धरिक्त है, इसे "कोशिका" एवम् न्यासी, दान, वचन/दान दूसरे उद्देश्य में जुटी गतिविधियों और उपलब्धियों के लिए किसी भी प्रकार माध्यम से प्रसारित करने के लिए अधिकृत है। मेरे प्रश्न का विवरण को इलाहाबाद के पथले का बाद में करने के लिए "कोशिका फाउन्डेशन" से न्यासी अधिकृत है।
- 2) मैं (अर्शदक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण जो कि सहायता के उद्देश्यों से धरिक्त है जुटी सत, सहायता का इकरार नहीं करता। इस सम्बंध में "कोशिका" एवम् उसके न्यासीयों का निर्णय अंतिम और बाध्यकारी होगा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION:

अर्शदक के इलाहाबाद का अंगूठे का निशान



AGREEMENT by HOSPITAL (हस्पताल द्वारा सकार):

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:



- 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 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.
- 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 & it's outcome & safety of the patient, and Koshika Foundation will have no role or responsibility in the matter.

इसमें अधिकृत, इलाहाबादी को-ओ से सम्बन्धित को "कोशिका फाउन्डेशन" से वित्तीय सहायता हेतु सिफारिश की जाती है, जिसे हम (हस्पताल) निम्न प्रकार से मान्य व स्वीकार करते हैं।

- 1) वह कि न तो वर्तमान और न ही भविष्य में वित्तीय सहायता किसी एक सरकारी संस्थान या किसी अन्य स्रोत से उक्त रोगी/रोगीने में ली जा सके है, जैसे कि हमने "कोशिका फाउन्डेशन" से सिफारिश/विधि एक को सम्बंध में "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा मदद हेतु कि है। यदि "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा सहायता वित्ति अधिकतम/सकल हेतु मंजूर नहीं किया जाता है तो अस्पताल किसी अन्य से सरकारी सहायता या किसी अन्य सहायता से सहायता लेने का अधिकार सुरक्षित रहता है। इस पुष्टि में स्पष्ट कहा जाता है कि अस्पताल वित्तीय मदद उक्त रोगी/रोगीने हेतु किसी एक सरकारी संस्था या किसी अन्य सहायता से नहीं लेगा/लेगी।
- 2: "कोशिका फाउन्डेशन" से ली गई सहायता केवल वित्तीय प्रकृति को है। रोगी का इलाज हेतु जो भी उपचार/प्रक्रिया का चुनाव रोगी एवं हस्पताल को बीच का विषय है और "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई हबाव नहीं है। इसीलिए हस्पताल में रोगी का इलाज सुरक्षा और अपने जाने को सही विमलुगी रोगी एवं हस्पताल को होगी और "कोशिका" को कोई प्रतिकार या जिम्मेदारी इस सम्बंध में नहीं होगी।

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE

स्वीकृती के लिए संमन्तुति

Date of Surgery अपरेशन की तारीख 09/05/23	 Dr. Shibashis Das (Name of Dr. & Regn. No. with Stamp) डाक्टर की-पेन-नं. सहित छाप	 OPTOM ANANTA DAS (Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory on behalf of Hospital) SANJAY KUMAR HOSPITAL
--	--	---

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION

आन्तरिक उपयोग हेतु

SIGNATURE of TRUSTEE 1 न्यासी इलाहाबाद	SIGNATURE of TRUSTEE 2 न्यासी इलाहाबाद
	