

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE
सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)
(स्वास्थ्य सेवाप्रदाता)



APPLICATION No.: **K/0524/0162**
आवेदन संख्या :

APPLICATION DATE: **10/05/24**
आवेदन तिथि

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

AGE-YEARS **58** लक्ष-वर्ष
SEX **M** लिंग

FATHER'S/SPOUSE'S NAME: **LAXMINARAYAN KARMAKAR**
पिता/पत्नी का नाम

PRESENT RESIDENCE ADDRESS **वर्तमान निवास स्थान का पता**
AMBIKA MUKERJEE ROAD, CHANDRA LAKE,
PANI HATI (M), NATAGARH, NORTH 24
PARGANAS HOOLI'S WEST BENGAL

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS: **स्थायी निवास स्थान का पता**
AS ABOVE



OCCUPATION: **BLACK SMITH**
व्यवसाय

MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)

TOTAL ANNUAL INCOME: **2500 x 12 = 30,000/-**
कुल वार्षिक आय

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

PAN No. **स्थायी आयकर संख्या**

ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable):
क्या आप आयकर कादादा हैं (जो गडन हो उस पर सही का निशान लगाएं)

Yes / हाँ /
No / 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.	DILIP KARMAKAR	58	M	SELF
2.	PRATIMA KARMAKAR	47	F	WIFE

BASES for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable)
सहायता के लिये निम्न उपाय

<input type="checkbox"/> BPL Card (Attach Card Copy) महंगा रक्षा के नीचे प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र को साथ ही संलग्न करें)	<input type="checkbox"/> EWS Certificate (Attach Certificate Copy) जनता कक्षा वर्ग प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र को साथ ही संलग्न करें)	<input type="checkbox"/> Ration Card (Attach Copy) आपूर्ति कार्ड (प्रमाण पत्र को साथ ही संलग्न करें)	<input type="checkbox"/> Any Other Basis/Proof किसी भी अन्य सबूत
---	---	---	---

"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE:
सहायता हेतु निम्न में निम्नी का उद्देश्य:

Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached रोगविज्ञान/प्रातिपत्र संलग्न
1.	DIAGNOSIS — CATARACT — RE
2.	SURGERY — RE (STRT + GDL)

ASSISTANCE BEING AWAIRED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES
इस उद्देश्य के हेतु कोई अन्य सहायता किसी अन्य स्रोत से लिय गइ है?

Sr. No. क्रम संख्या	NAME of OTHER SOURCE अन्य स्रोत का नाम	AMOUNT of ASSISTANCE BEING AWAIRED कोई भी सहायता राशी

DECLARATION by APPLICANT: आवेदन दारा घोषणा कर:

- 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 मेरी जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई विवरण सत्य नहीं मानता हूँ तो मेरी आवेदन पत्र को या सहायता को खारिज कर दिया जा सकता है।
- 2) मैं इस बात को सहायक तौर पर "उद्देश्य" के रूप में घोषणा करता हूँ, कि यदि मुझे कौशिका फाउंडेशन से सहायता मिलेगी तो मैं उसे केवल उक्त उद्देश्य के लिए ही उपयोग करूँगा।
- 3) मैं यहाँ घोषणा करता हूँ कि मैंने भविष्य में किसी भी रूप में, अपने या अपने कर्मचारी/रोजगार/बिमा कंपनी से, उस राशि का पूरा या आंशिक रूप में वापस लेने का कोई भी प्रयास नहीं किया है और न ही भविष्य में करूँगा।

AGREEMENT by APPLICANT (आवेदन दारा करार)

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/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.

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 (आवेदक) आवेदन प्राप्त करने की पुष्टि करता हूँ एवं "कौशिका फाउंडेशन और इसके न्यायियों" को अधिकृत करता हूँ कि वे मेरा नाम, पता, फोटो और मेरे विवरण इस प्रपत्र में घोषित हैं, उसे "कौशिका फाउंडेशन" द्वारा, दूर, दूरदर्शन, दूरदर्शन से सुदीर्घ दूरदर्शन या अन्य माध्यमों से विभिन्न माध्यमों से प्रसारित करने के लिए अधिकृत हैं। मेरे प्रपत्र पर विवरण को प्रकाशित करने के लिए या मेरे नाम से किसी भी प्रकार का प्रचार करने के लिए "कौशिका फाउंडेशन" या किसी भी माध्यम पर प्रकाशित करने के लिए अधिकृत हैं।
- 2) मैं (आवेदक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण को "कौशिका फाउंडेशन" के द्वारा या किसी भी माध्यम पर प्रकाशित करने के लिए "कौशिका फाउंडेशन" द्वारा उक्त उद्देश्यों के लिए प्रकाशित करने का अधिकार है।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION :

आवेदन करने वाले का हस्ताक्षर या अंगूठे का निशान

Sitap Kumar Kar

AGREEMENT by HOSPITAL (हस्पताल द्वारा करार)

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 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.

हमारी स्वीकृति, हस्ताक्षर की और से कौशिका फाउंडेशन से वित्तीय सहायता हेतु सिफारिश की जाती है, किंतु हम (हस्पताल) निम्न प्रकार से सत्य व स्वीकार करते हैं।

1) वह कि न तो हमें वर्तमान में या भविष्य में वित्तीय सहायता किसी भी प्रकार से कौशिका फाउंडेशन से मिलेगी, यदि कौशिका फाउंडेशन से सहायता नहीं मिलेगी तो हमें अपने अभाव को पूरा करने के लिए किसी अन्य सहायता से सहायता लेने का अधिकार सुरक्षित रखना है। इस पुष्टि के अभाव में हमें किसी भी प्रकार से कौशिका फाउंडेशन से सहायता लेने का अधिकार सुरक्षित रखना है।

2. "कौशिका फाउंडेशन" से की गई सहायता केवल वित्तीय प्रकृति की है। हमें या हमारे द्वारा की गई सहायता का निर्णय करने के लिए कौशिका फाउंडेशन का कोई भी प्रयास नहीं है। कौशिका फाउंडेशन से सहायता के अभाव में हमें अपने अभाव को पूरा करने के लिए किसी अन्य सहायता से सहायता लेने का अधिकार सुरक्षित रखना है।

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE

स्वीकृति के लिए संस्तुति

<p>Date of Surgery अपरेशन की तारीख</p> <p>10/05/24</p>	<p><i>Dr. Sitap Kumar Kar</i></p> <p>M.B.B.S</p> <p>(Name of Dr. & Regd. No. with Stamp)</p> <p>डॉक्टर का नाम व-हस्ताक्षर व मुद्रा</p>	<p><i>OPTOM ANURAG DAS</i></p> <p>(Name, Designation & Stamp of Authorized Signatory on behalf of Hospital)</p> <p>SANKAR HOSPITAL</p>
--	--	--

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION आन्तरिक उपयोग हेतु

<p>SIGNATURE of TRUSTEE 1 न्यायी हस्ताक्षर 1</p>	<p>SIGNATURE of TRUSTEE 2 न्यायी हस्ताक्षर 2</p>
<p><i>Sufyan</i></p>	<p><i>[Signature]</i></p>