

**APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE**  
सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)  
(स्वास्थ्य देखभाल)



APPLICATION No.: K/0818/1053  
आवेदन संख्या:

APPLICATION DATE: 14.08.18  
आवेदन तिथि

NAME of APPLICANT: RABINDRA KARMAKAR  
आवेदक का नाम

AGE-YEARS 59  
SEX M

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

PRESENT RESIDENCE ADDRESS: उत्तरांचल प्रदेश  
UTTARGOBINDAKATI, SHRIDHARKATI NORTH 24  
MARGANAR, F-93939, GIBSI DENGHI

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS: सदा निवासीय पता

AS ABOVE



OCCUPATION: LABOURER  
व्यवसाय

TOTAL ANNUAL INCOME: RS. 1800 x 12 = 21,600/-  
कुल वार्षिक आय (Attach Proof of Income) (आय का साक्ष्य संलग्न)

PAN No. सदा रखत संलग्न

ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable):  
क्या आप आय कर चुकते हैं (जो मान्य हो उस पर सही का चिह्न लगाएं)

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 संबंध
1.	RABINDRA KARMAKAR	59	M	SELF
2.	SABITA KARMAKAR	50	F	WIFE
3.	MRINAL KARMAKAR	28	M	SON
4.	CHINMAY KARMAKAR	25	M	SON
5.	ANJANA KARMAKAR	13	F	DAUGHTER
6.	NIHEDITA KARMAKAR	10	F	DAUGHTER

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

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

"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE:  
सहायता हेतु किये गये विवृति का उद्देश्य:

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

ASSISTANCE BEING AVAILED 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 AVAILED इस सहायता का राशि

**DECLARATION by APPLICANT: (अर्शक 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 यकीन करता हूँ कि इस प्रकरण में दिये गये 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) मैं यकीन करता हूँ कि यदि मेरी सहायता "कोशिका फाउंडेशन", से मिलेगी तो मैं उसे केवल उसी उद्देश्य के लिये ही प्रयोग करूँगा, जो इस प्रकरण में बताया गया है।
- 3) मैं यकीन करता हूँ कि मैंने अब तक और भविष्य में कभी भी अपने उपचार/नियोक्ता/बीमा कम्पनी से न तो रकम ले और न ही अधिकतम रकम ले ली है।

**AGREEMENT by APPLICANT (अर्शक द्वारा करण)**

- 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 donation to 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 प्रकरण पर अपने हस्ताक्षर या अंगूठे की छाप लगाकर, मैं (अर्शक) अपनी जानकारी की पुष्टि करता हूँ एवं "कोशिका फाउंडेशन और उसके न्यायोप" को अधिकृत करता हूँ कि वे मेरा नाम, पता, फोटो और मेरे विवरण इस प्रकरण में प्रयोग कर सकते हैं, जो "कोशिका फाउंडेशन" के माध्यम से, मुझे सहायता के लिये प्रेषित करने के लिये अधिकृत है। मेरे प्रकरण का निष्पत्ति मेरे उपचार के पथ में बदले को करने के लिये "कोशिका फाउंडेशन" से न्यायोप अधिकृत है।
- 2) मैं (अर्शक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण को बिना सहायता के उद्देश्यों से प्रेषित नहीं किया जा सकता। सहायता का इस्तेमाल नहीं करना इस सम्बंध में "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा उद्देश्यों के निर्णय अंतिम और स्वीकार्य होगा।

**APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION :**

अर्शक के हस्ताक्षर या अंगूठे का निम्न



**AGREEMENT by HOSPITAL (हस्पताल द्वारा करण)**

- 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, हस्ताक्षर की ओर से न्यायोप/रोगी को "कोशिका फाउंडेशन" से वित्तीय सहायता हेतु सिफारिश की जाती है, किंतु हम (हस्पताल) निम्न प्रकरण से प्राप्त न कर सकते हैं।
- 1) यह कि न तो वर्तमान और न ही भविष्य में वित्तीय सहायता किसी और सहायता संगठन या किसी अन्य स्रोत से उभर लेने/पूराने में लेने या ले रहे हैं, जैसे कि हमने "कोशिका फाउंडेशन" से सिफारिश/विधि उभर लेने के लिये "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा मदद हेतु किया है। यदि "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा सहायता निरस्त अथवा कमतरता हेतु मदद नहीं मिलेगी तो हमें सहायता किसी अन्य सहायता संगठन या किसी अन्य सहायता संगठन से सहायता लेने का अधिकार सुरक्षित रखता है। इस पुष्टि में स्पष्ट कहा जाता है कि हमें सहायता हेतु सिफारिश करने के लिये "कोशिका फाउंडेशन" से न्यायोप/रोगी को "कोशिका फाउंडेशन" से वित्तीय सहायता हेतु सिफारिश की जाती है, किंतु हम (हस्पताल) निम्न प्रकरण से प्राप्त न कर सकते हैं।
  2. "कोशिका फाउंडेशन" से लेने वाली सहायता केवल वित्तीय प्रकृति की है। रोगी पर हस्पताल द्वारा की गई सहायता या किये गये उपचार/प्रक्रिया का चुनाव रोगी एवं हस्पताल के बीच का विचार है और "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा सिफारिश प्रकरण का कोई रकम नहीं है। इसलिए हस्पताल में रोगी को उपचार सुरक्षित और अपने करने को सही सिफारिश देते हैं एवं हस्पताल को रोगी और "कोशिका फाउंडेशन" को कोई बुनियादी या सिफारिश इस सम्बंध में नहीं होगी।

RECOMMENDED For (Tick Acceptance or Rejection as applicable) संस्तुति (स्वीकृत/निरस्त का निराण लगाने)		ACCEPTANCE सम्पूर्ण	REJECTION सम्पूर्ण
Date of Surgery अपरेशन की तारीख 14/08/18	Dr. Alok Agrawal MBBS, MS, PhD(Eye)FMRP,FSNEC Reg. No. 34788 (Name of Dr. & Regn. No. with Stamp) हस्ताक्षर का नाम व हस्ताक्षर व छाप	 (Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory on behalf of Hospital) नाम व पद हस्पताल अधिकृत अधिकारी	

**FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION (अन्तर्गत उपयोग हेतु)**

SANCTIONED सम्पूर्ण	REJECTED सम्पूर्ण	SIGNATURE of TRUSTEE 1 न्यायोप हस्ताक्षर 1	SIGNATURE of TRUSTEE 2 न्यायोप हस्ताक्षर 2