

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE
सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)
(स्वास्थ्य देखभाल)



APPLICATION No.: **K/0119/2353** APPLICATION DATE: **08/01/19.**
आवेदन संख्या: आवेदन तिथि

NAME of APPLICANT: **BEHULA KARMAKAR** AGE-YEARS: **59** SEX: **F.**
आवेदक का नाम आयु-वर्ष लिंग

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

PRESENT RESIDENCE ADDRESS: **5- ELDEANMAGAR ROAD, ULTADANGA KOLKATA - 700067 WEST BENGAL.**
वर्तमान आवासीय पता

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS: **AS ABOVE**
स्थायित आवासीय पता



OCCUPATION: **HOME MAKER** MARRIED (विवहित) / UNMARRIED (अविवहित)

TOTAL ANNUAL INCOME: **NIL** (Attach Proof of Income)
कुल वार्षिक आय (आय का सबूत संलग्न करें)

PAN No. **XXXXXX XXXX** ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable): **Yes/No**
आय कर पहचान संख्या (को मान्य हो उस पर सही का चिह्न लगाएं): हाँ / नहीं

FAMILY DETAILS परिवार विवरण

Sr. No. क्रम संख्या	Name of Family Member परिवार के सदस्य का नाम	Age (Years) उम्र (वर्ष)	Gender लिंग	Relation with Applicant आवेदक के साथ सम्बन्ध
1.	BEHULA KARMAKAR	59	F	SELF
2.	TARADITHA KARMAKAR	57	M	SON
3.	SITPA KARMAKAR	35	F	DAUGHTER
4.	DEVI HASPATI KARMAKAR	32	F	DAUGHTER
5.	JAYSHI KARMAKAR	29	F	DAUGHTER

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

<input type="checkbox"/> BPL Card (Attach Card Copy) पोषी रखा के नीचे उपलब्ध पर (उपलब्ध पर की छाया प्रती संलग्न करें)	<input type="checkbox"/> EWS Certificate (Attach Certificate Copy) अल्प आय वर्ग उपलब्ध पर (उपलब्ध पर की छाया प्रती संलग्न करें)	<input type="checkbox"/> Ration Card (Attach Copy) उपभोग्य कार्ड (उपलब्ध पर की छाया प्रती संलग्न करें)	<input type="checkbox"/> Any Other Basis/Proof अन्य कोई सबूत
--	--	---	--

"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE:
सहायता हेतु किने गये निती 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 (LCS + IOL)

ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES
इस उद्देश्य के हेतु कोई अन्य सहायता किसी अन्य स्रोत से लिया गया हो?

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

DECLARATION by APPLICANT: आवेदनक द्वा प्रवेदन 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 यहाँ प्रमाणित करता हूँ कि इस प्रारूप में दिये गये सभी विवरण मेरी जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई निरवयव एवं कथन असत्य पाया जाता है तो मेरी सहायता निरस्त की जा सकती है।
- 2) मैं यहाँ प्रमाणित करता हूँ कि "कोशिका फाउण्डेशन", से जो सहायता मिलेगी, उसका उपयोग केवल उद्देश्य की पूर्ति के लिये किया जाएगा, जो इस प्रारूप में उल्लिखित है।
- 3) मैं यहाँ प्रमाणित करता हूँ कि मैंने जहाँ से सहायता मांगी है, वहाँ से या भविष्य में कहीं से भी अन्य स्रोत/रोजगार/बीमा कम्पनी से सहायता नहीं मांगी है और न ही माँगने की योजना है।

AGREEMENT by APPLICANT (आवेदनक द्वा 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/post-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 प्रारूप पर अपने हस्ताक्षर या अंगूठे की छाप लगाकर, मैं (आवेदनक) अपनी स्वीकृति और अनुमति प्रदान करता हूँ कि "कोशिका फाउण्डेशन और इसके 'व्यक्तियों' " को अधिकृत करता हूँ कि वे मेरा नाम, पता, फोटो और मेरे विवरण इस प्रारूप में प्रकाशित करें, जो "कोशिका फाउण्डेशन" द्वारा माँगा गया है, और, कर्मचारियों द्वारा उत्पन्न से सुदूर परिवर्तित और उत्पन्न करने के लिये किसी भी प्रकार के माध्यमों से प्रकाशित करने के लिये अधिकृत है। मेरे प्रारूप का विवरण मेरी इच्छा के अनुसार या बाद में करने के लिये "कोशिका फाउण्डेशन" से जारी अधिकृत है।
- 2) मैं (आवेदनक) इस बात से सहमत हूँ कि वे मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण को कि सहायता के उद्देश्यों से प्रकाशित है सुनिश्चित है। सहायता का इस्तेमाल नहीं करना। इस सम्बंध में "कोशिका फाउण्डेशन" द्वारा उद्देश्यों का निर्णय अंतिम और अविरोधकारी होगा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION :

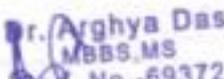
आवेदनक के हस्ताक्षर या अंगूठे का निशान



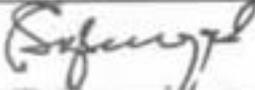
AGREEMENT by HOSPITAL (हस्पताल द्वा करार)

- 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:
- 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.
- यहाँ अधिकृत, हस्ताक्षर की और से आदेश/पत्रों को "कोशिका फाउण्डेशन" से वित्तीय सहायता हेतु सिफारिश की जाती है, जिसे हम (हस्पताल) निम्न प्रकार से मान्य व स्वीकार करते हैं।
- 1) यह कि न तो वर्तमान और न ही भविष्य में वित्तीय सहायता किसी भी अरबकारी संगठन या किसी अन्य स्रोत से उक्त रोगी/रोगी के लिये या ले रहे हैं, जैसे कि हमने "कोशिका फाउण्डेशन" से सिफारिश/विनियमन प्राप्त के सम्बंध में "कोशिका फाउण्डेशन" द्वारा प्राप्त हेतु है। यदि "कोशिका फाउण्डेशन" द्वारा सहायता किसी अतिरिक्त/अन्य हेतु प्राप्त की जायेगी तो हमारा किसी अन्य रोगी/रोगी संगठन या किसी अन्य संगठन से सहायता लेने का अधिकार सुरक्षित रहता है। इस दृष्टि से स्पष्ट कहा जाता है कि असमता निर्णय प्राप्त उक्त रोगी/रोगी हेतु किसी भी अरबकारी संगठन या किसी अन्य स्रोत से नहीं लेना/लेने।
2. "कोशिका फाउण्डेशन" से जो सहायता केवल वित्तीय प्रकृति की है। रोगी पर हस्ताक्षर द्वा ही सहायता का निर्णय लेने उपचार/प्रक्रिया का चुनाव रोगी एवं हस्पताल के बीच का विषय है और "कोशिका फाउण्डेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई प्रभाव नहीं है। इसलिए हस्पताल में रोगी के इलाज सुरक्षा और गति करने की सभी जिम्मेदारियाँ रोगी एवं हस्पताल की होंगी और "कोशिका फाउण्डेशन" को कोई दायित्व या जिम्मेदारियाँ इस मामले में नहीं होंगी।

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE
स्वीकृति के लिए संस्तुति

<p>Date of Surgery अपरेशन की तारीख 08-01-2019</p>	<p> Dr. Arghya Das MBBS, MS Regn. No. - 69372 (Name of Dr. & Regn. No. with Stamp) हस्ताक्षर का नाम व हस्ताक्षर व छाप</p>	<p> Shub Sankar Bagchi Director (Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory on behalf of Hospital) नाम व पद हस्ताक्षर अधिकृत अधिकारी</p>
---	--	--

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION आन्तरिक उपयोग हेतु

<p>SIGNATURE of TRUSTEE 1 व्यक्ति हस्ताक्षर 1</p>	<p>SIGNATURE of TRUSTEE 2 व्यक्ति हस्ताक्षर 2</p>
<p></p>	<p></p>