

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE

सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)

(स्वास्थ्य देखभाल)



APPLICATION No.: K/0219/3267

APPLICATION DATE: 13/2/19

NAME of APPLICANT:

आवेदक का नाम

BANDANA KARMAKAR

AGE-YEARS आयु-वर्ष

45

SEX लिंग

F

FATHER'S/SPOUSE'S NAME:

पिता/कटुम्भ का नाम

HARITUNJOY DEY

PRESENT RESIDENCE ADDRESS वर्तमान आवासीय पता

DURGAPUR MUNICIPAL CORPORATION,
BARDHAMAN-713001, WEST BENGAL

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS: स्थायी आवासीय पता

-AS ABOVE-

OCCUPATION:

व्यवसाय

LABOURER

MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)

TOTAL ANNUAL INCOME:

कुल वार्षिक आय

RS. 1500 X 12 = 18000/-

(Attach Proof of Income)

(आय का साक्ष्य संलग्न)

PAN No. सवाई खाता संख्या

ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable):

क्या आप आय कर दाखल हैं (जो मान्य हो उस पर सही का निशान 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 सम्बन्ध
1	BANDANA KARMAKAR	45	F	SELF
2	BIRENDRA KARMAKAR	52	M	HUSBAND

BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable)

सहायता के लिये विनति आधार

EPL Card (Attach Card Copy) गरीबी रेषा 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) उपभोक्ता कार्ड (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें)	Any Other Basis/Proof अन्य कोई साक्ष्य
---	---	---	--

"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE:

सहायता हेतु किये गये विनती का उद्देश्य:

Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached अस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई प्रतिवेदन सूची संलग्न
1.	DIAGNOSIS - CATARACT - L.E.
2.	SURGERY - L.E. (SICS + 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 राशी

DECLARATION by APPLICANT: आवेदक द्वारा घोषणा यह:

- 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 शोधन करता हूँ कि इस प्रक्रम में दिये गये सभी विवरण सही जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही है। यदि कोई विवरण एवं कथन असत्य पाया जाता है तो मेरी सहायता निरास की जा सकती है।

2) ये द्वय जो सत्यवादी या "कॉन्सिक्वा फाउन्डेशन", से ले जा रही है, उसका उपयोग उसी संदर्भ की भूमि को लिये किया जाएगा, जो इस प्रकरण में भव गया है।

3) मैं सुनिश्चित करता हूँ कि जिस सहायता हेतु यह प्रार्थना की गई है, उस राशि का आंशिक या सकल हिस्सा किसी अन्य सोलरिन्फ्लेक्स/सीयू कम्पनी से न तो लिया है और न ही परिवर्धन में होगा।

AGREEMENT by APPLICANT (आवेदक द्वारा कृत)

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 fulfilment 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 इम्तयाज के अंशों की छान लपकर, मैं (अभ्यर्थक) अपनी सहायता की पुष्टि करता हूँ एवं "कोशिका काउंटेशन और उसके ग्राहकों" को अधिभूत करता हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और वह विवरण इस प्रश्न में उल्लिखित है, उसे "कोशिका" एवम् ग्राहकों, दान, वाचनालय दूसरे उद्देश्य से जुड़ी गतिविधियों और उपलब्धियों के लिये किसी भी प्रकार भाग्य से प्रभावित करने के लिये अधिभूत है। मैं प्रश्न का विवरण मेरे इम्तयाज के अंशों के रूप में करने के लिये "कोशिका काउंटेशन" व ग्राहकों अधिभूत है।

2) ये (आवेदक) इस बात से सन्नत हैं कि मेरा नाम, पता, फोटे और विवरण जो कि सन्नतता के उद्देश्यों से प्रेषित है पूर्ण स्वतः सन्नतता का हकदार नहीं बनता। इस सम्बन्ध में "कॉपीराइट" पत्र पर उसके व्यक्ति का निर्णय अंतिम और बाध्यकारी होगा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION :

आवेदक के हाथों या अंगुठी का निशान



AGREEMENT by HOSPITAL (हस्ताक्षर होस्पिटल)

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.

इससे अधिकतर, इलाखरी को और से गणालेखी को "कोशिका काउन्टिंग" से विविध गणनाएं हेतु विचारिता की जाती है, जिसे हम (कमजोर) विभिन्न प्रकार से मान्य व सहीकर करते हैं।

1) यह कि न तो सर्वमान और न ही अधिमान में विहित सहायता किसी गैर शासकरी सम्पत्ति या किसी अन्य स्वतंत्र से उक्त एंटी/पायल में लेने या ले रहे हैं, बल्कि कि इनमें "कोशिका फाउन्डेशन" से विकसित/सिन्थेटिक उक्त को सम्बंध में "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा मरन हेतु कि है। यदि "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा सहायता विवर्तित अतिरिक्त/सकल हेतु पच्युत नहीं किया जाय है तो अन्ततः किसी अन्य गैर शासकरी संपत्ति या किसी अन्य सम्पत्ति से सहायता लेने का अधिकार सुरक्षित राखत है। इस दृष्टि में स्पष्ट कहा जाय है कि अन्ततः द्वितीय परर उक्त एंटी/पायल हेतु किसी गैर शासकरी संपत्ति या किसी अन्य संपत्ति से नहीं लेना/लेगी।

2. "कोशिका फाटने" से तो यह समझना संभव नहीं कि यह प्रक्रिया कौन से जीवों में होती है। एंटी पाइरोलिसिस का प्रभाव कोशिका के अंदर कोशिका के अंदर होता है और "कोशिका फाटने" का प्रभाव कोशिका के बाहर होता है। इसीलिए कोशिका में एंटी पाइरोलिसिस का प्रभाव होता है और कोशिका के अंदर कोशिका के अंदर होता है।

RECOMMENDED FOR ACCEPTENCE

स्वीकृती के लिए संस्तुति

Date of Surgery
ऑपरेशन की तारीख

13/2/19

(Name of Dr. & Regn. No. with Stamp)

[illegible]

(Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory
on behalf of Hospital)

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION कक्षागत उपयोग हेतु

अन्तराष्ट्रिय उपस्थिति

SIGNATURE of TRUSTEE 1
महामो इस्लाम

SIGNATURE of TRUSTEE 2
न्यासी इस्तेफा २

Erklärung

2028