

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE

सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Registration)

(पंजीकरण प्रारूप)



APPLICATION No. / आवेदन संख्या: K/0225/1021

APPLICATION DATE / आवेदन तिथि: 13/2/25

NAME of APPLICANT / आवेदक का नाम: BISWANATH KAR

AGE-YEARS / आयु वर्ष: 72

SEX / लिंग: M

FATHER/SPOUSE'S NAME / पिता/पत्नी का नाम: NARAYAN CHANDRA KAR

PRESENT RESIDENCE ADDRESS / वर्तमान निवास पता: DISTRICT ASHOKNAGAR HAGERA NORTH 24 PARAGANAS WEST BENGAL 743222

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS / स्थायी निवास पता: AS ABOVE

OCCUPATION / व्यवसाय: VEGETABLE SELLER

MARRIED / विवाहित / UNMARRIED / अविवाहित

TOTAL ANNUAL INCOME / वार्षिक आय: 6000 x 12 = 72000

Attach Proof of Income / आय का प्रमाण प्रस्तुत करें

PAN No. / पैन संख्या: [Blank]

ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable) / क्या आप आय करदाता हैं (जो मान्य हो उसे या सभी को चिह्नित करें)

Yes / हाँ

FAMILY DETAILS / परिवार का विवरण

Sr No. / क्रम संख्या	Name of Family Member / परिवार के सदस्यों का नाम	Age (Years) / आयु (वर्ष)	Gender / लिंग	Relation with Applicant / आवेदक से संबंध
1.	BISWANATH KAR	72	M	SELF
2.	KALPANA KAR	59	F	WIFE
3.	SUBRATA KAR	30	M	SON
4.	KRISHNA KAR	34	F	DAUGHTER
5.	SUKLA KAR	32	F	DAUGHTER

BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable) / सहायता के लिए चिह्नित आधार

BPL Card (Attach Card Copy) / गरीबी रेशा के साथ प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें)	EWS Certificate (Attach Certificate Copy) / आयु वर्ग का प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें)	Ration Card (Attach Copy) / राशन कार्ड (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें)	Any Other Basis/Proof / अन्य कोई आधार
---	---	--	---------------------------------------

"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE

सहायता हेतु निम्न रूप में चिह्नित करें

Sr No. / क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Registered / अस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई दवाइयों की सूची
1.	DIAGNOSIS — CATARACT — LE
2.	SURGERY — LE (SICS + IOL)

ASSISTANCE BEING AVAILED FOR SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES

इस उद्देश्य के लिए कब से सहायता किसे (अन्य) स्रोत से मिल रही है?

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

DECLARATION by APPLICANT - (अर्शिका फाउण्डेशन द्वारा)

- I hereby confirm that all details in this Form are true to the best of my knowledge and belief and are not false or misleading.
- I hereby confirm that assistance, if received from Koshika Foundation, will be used only for the purpose specified in this Form, for which such assistance was requested by me.
- I hereby confirm that I have not & will not in future, avail of reimbursement, in part or full, from any other health insurance/employee/retirement company, of the amount for which the assistance is requested.
- मेरे द्वारा दिये गये निम्न जानकारी में मेरे एवं मेरी विधवा की जानकारी को प्रत्यक्ष रूप से सत्य है। मैं यहाँ विधान में बताए गए उद्देश्य के लिए ही मेरा स्वास्थ्य निधि को का उपयोग करूँगा।
- मेरे द्वारा दिये गये निम्न जानकारी में मेरे एवं मेरी विधवा की जानकारी को प्रत्यक्ष रूप से सत्य है। मैं यहाँ विधान में बताए गए उद्देश्य के लिए ही मेरा स्वास्थ्य निधि को का उपयोग करूँगा।
- मेरे द्वारा दिये गये निम्न जानकारी में मेरे एवं मेरी विधवा की जानकारी को प्रत्यक्ष रूप से सत्य है। मैं यहाँ विधान में बताए गए उद्देश्य के लिए ही मेरा स्वास्थ्य निधि को का उपयोग करूँगा।

AGREEMENT by APPLICANT - (अर्शिका फाउण्डेशन द्वारा)

- By affixing my signature or thumb impression on this Form, I (Applicant) hereby agree & authorize Koshika Foundation and its Trustees to use/submit/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 its activities/achievements. Such use of my photo & details can be made by Koshika Foundation, its trusts or other the treatment or fulfillment of the purpose for which assistance is being requested.
- 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 be automatically enable me to receive or continue the said assistance. The decision on whether or not to continue the assistance will rest solely with the Trustees of Koshika Foundation, and their decision in this regard will be final and irrevocable.
- इस प्रकार मैं अपने हस्ताक्षर या मुद्रा के माध्यम से (अर्शिका फाउण्डेशन) को मेरा नाम, पता, फोटो और उद्देश्य के बारे में जानकारी दे रहा हूँ। मैं यहाँ विधान में बताए गए उद्देश्य के लिए ही मेरा स्वास्थ्य निधि को का उपयोग करूँगा।
- मैं (अर्शिका फाउण्डेशन) को मेरा नाम, पता, फोटो और उद्देश्य के बारे में जानकारी दे रहा हूँ। मैं यहाँ विधान में बताए गए उद्देश्य के लिए ही मेरा स्वास्थ्य निधि को का उपयोग करूँगा।
- मैं (अर्शिका फाउण्डेशन) को मेरा नाम, पता, फोटो और उद्देश्य के बारे में जानकारी दे रहा हूँ। मैं यहाँ विधान में बताए गए उद्देश्य के लिए ही मेरा स्वास्थ्य निधि को का उपयोग करूँगा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION

(अर्शिका फाउण्डेशन द्वारा)

AGREEMENT by HOSPITAL - (अर्शिका फाउण्डेशन द्वारा)

- By affixing hereunder, signature of our Authorized Signatory for recommending the assignment of financial assistance from Koshika Foundation, we (Hospital) hereby affirm & accept following:
 - that we neither are presently nor will in future avail of financial assistance from another NGO or any other source, for the same patient/cause, 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 its 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/cause from any other NGO or any other source.
 - The assistance from Koshika Foundation is only financial in nature. The place of the treatment/procedure administered by the Hospital on the patient is based on the arrangement between the patient & the Hospital, and it is in no way influenced by Koshika Foundation. Hence, the Hospital will assume sole & complete responsibility of the treatment & its outcome & safety of the patient, and Koshika Foundation will have no role or responsibility in the matter.
- हम (अर्शिका फाउण्डेशन) को मेरा नाम, पता, फोटो और उद्देश्य के बारे में जानकारी दे रहा हूँ। मैं यहाँ विधान में बताए गए उद्देश्य के लिए ही मेरा स्वास्थ्य निधि को का उपयोग करूँगा।
- हम (अर्शिका फाउण्डेशन) को मेरा नाम, पता, फोटो और उद्देश्य के बारे में जानकारी दे रहा हूँ। मैं यहाँ विधान में बताए गए उद्देश्य के लिए ही मेरा स्वास्थ्य निधि को का उपयोग करूँगा।
- हम (अर्शिका फाउण्डेशन) को मेरा नाम, पता, फोटो और उद्देश्य के बारे में जानकारी दे रहा हूँ। मैं यहाँ विधान में बताए गए उद्देश्य के लिए ही मेरा स्वास्थ्य निधि को का उपयोग करूँगा।

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE

(अर्शिका फाउण्डेशन द्वारा)

Date of Surgery
अर्शिका फाउण्डेशन

13/02/25

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

(Name & Signature of Authorized Signatory on behalf of Hospital)

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION

अर्शिका फाउण्डेशन

SIGNATURE of TRUSTEE 1

अर्शिका फाउण्डेशन

SIGNATURE of TRUSTEE 2

अर्शिका फाउण्डेशन