

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE

सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)

(स्वास्थ्य देखभाल)



Koshika

foundation

Building block of life

APPLICATION No.: 4/1124/1174

APPLICATION DATE 11/11/24

NAME of APPLICANT:

SURYA KARMAKAR

AGE-YEARS वर्ष-वर्ष

72

SEX लिंग

M

FATHER'S/SPOUSE'S NAME:

NARAN KARMAKAR

PRESENT RESIDENCE ADDRESS वर्तमान आवासीय पता

 JAYARAM SNHS SCHOOL MINAKHAN
 NORTH 24 PARAGANAS 743425
 WEST BENGAL

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS: स्थायी आवासीय पता

— AS ABOVE —



OCCUPATION:

TEA STALL

MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)

TOTAL ANNUAL INCOME:

6000 X 12 = 72000

(Attach Proof of Income)

(आय का साक्ष्य संलग्न)

PAN No. प्याई खरता संख्या

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

Yes / हा

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 सम्बंध
1.	SURYA KARMAKAR	72	M	SELF
2.	MAHADEB KARMAKAR	45	M	WIFE
3.	MAHADEB KARMAKAR	45	M	SON
4.	MAHADEB KARMAKAR	41	M	SON
5.	SUMTRA KARMAKAR	37	F	DAUGHTER

BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable)

सहायता के लिये विनिर्दिष्ट आधार

BPL Card (Attach Card Copy) गरीबी रेखा के नीचे प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की छाया प्रती संलग्न करें)	EWS Certificate (Attach Certificate Copy) अल्प आय वर्ग प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की छाया प्रती संलग्न करें)	Ration Card (Attach Copy) उपभोग्यता कार्ड (प्रमाण पत्र की छाया प्रती संलग्न करें)	Any Other Basis/Proof अन्य कोई साक्ष्य
---	---	--	--

"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE:

सहायता हेतु किये गये विनर्दी 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 - (STICS + IOL)

ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES

इस सन्दर्भ 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 तो गई सहायता राशी

DECLARATION by APPLICANT: (अर्शिका द्वारा किया गया)

- 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 पर कह रहा हूँ कि इस प्रश्न में मेरे पास सभी विवरण सही जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई विवरण सत्य नहीं माना जाता है तो मेरी महाशयता निम्न की जा सकती है।
- 2) मैं यहाँ पर सहायता प्राप्त "कोशिका फाउन्डेशन" में गीत कर रहा हूँ, इसका उपयोग इसी उद्देश्य की पूर्ति के लिए किया जाएगा, जो इस प्रश्न में कहा गया है।
- 3) मैं यहाँ पर कह रहा हूँ कि मैं इस महाशयता हेतु यह प्रार्थना नहीं कर रहा हूँ कि इस प्रश्न का प्रतिक्रिया या सहायता किसी अन्य स्रोत/रोजगार/बीमा कम्पनी से या किसी और गैर कोशिका फाउन्डेशन से प्राप्त हो।

AGREEMENT by APPLICANT (अर्शिका द्वारा किया गया)

1) By affixing my signature or thumb impression on this Form, I (Applicant) hereby agree & authorise Koshika Foundation and its 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 its 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 हस्ताक्षर या अंगुली की छाप लगाकर, मैं (अर्शिका) अपनी स्वीकृति की पुष्टि करता हूँ कि "कोशिका फाउन्डेशन" और उसके ट्रस्टियों को मेरा नाम, पता, फोटो और मेरे विवरण इस प्रश्न में शामिल हैं, जो "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा प्रसारित या प्रकाशित किए जा सकते हैं, जिसके माध्यम से कोशिका फाउन्डेशन को दानों को आमंत्रित करने के लिए जानकारी दी जा सकती है। इस प्रकार का विवरण मेरे हस्ताक्षर के बिना या बिना मेरे जाने के लिए "कोशिका फाउन्डेशन" में प्रसारित किया जा सकता है।

2) मैं (अर्शिका) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण जो कि महाशयता के उद्देश्य के प्रसारण के लिए प्रयोग किए जाएंगे, महाशयता का इंतजार नहीं करेगा। इस सम्बंध में "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा इसके ट्रस्टियों का निर्णय अंतिम और स्वीकार्य होगा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION

अर्शिका या महाशयता के अंगुली का निशान



AGREEMENT by HOSPITAL (हॉस्पिटल द्वारा किया गया)

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 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/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 & its outcome & safety of the patient, and Koshika Foundation will have no role or responsibility in the matter.

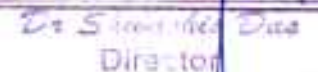
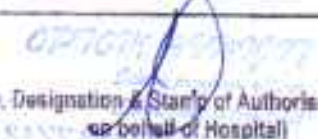
हॉस्पिटल अधिकृत, हस्ताक्षर की ओर से समर्थन/पेशगी को "कोशिका फाउन्डेशन" से वित्तीय सहायता हेतु सिफारिश की जाती है, जिसे हम (हॉस्पिटल) निम्न प्रकार से स्वीकार करते हैं।

1) यह कि हम न तो वर्तमान और न ही भविष्य में वित्तीय सहायता किसी गैर सहायता संगठन या किसी अन्य स्रोत से प्राप्त करने/पाने में सक्षम होंगे/होगी, जैसे कि हमने "कोशिका फाउन्डेशन" से सिफारिश/विनंति प्राप्त की सम्बंध में "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा प्रदान किया है। यदि "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा प्रदान की गई वित्तीय सहायता पूर्णतः नहीं मिलती है तो हॉस्पिटल किसी अन्य गैर सहायता संगठन या किसी अन्य स्रोत से सहायता लेने का अधिकार सुरक्षित रखता है। इस पुष्टि के अंतर्गत कहा जाता है कि हॉस्पिटल किसी भी तरह इस सहायता हेतु किसी गैर सहायता संगठन या किसी अन्य स्रोत से नहीं लेगा/लेगी।

2) "कोशिका फाउन्डेशन" से ली गई सहायता केवल वित्तीय प्रकृति की है। रोगी या हॉस्पिटल द्वारा दी गई सहायता या निम्न या उपचार/प्रक्रिया का चुनाव रोगी एवं हॉस्पिटल के बीच का विषय है और "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई प्रभाव नहीं है। इसलिए हॉस्पिटल में रोगी के इलाज के लिए और अन्य करने की सभी जिम्मेदारियाँ रोगी एवं हॉस्पिटल की होंगी और "कोशिका फाउन्डेशन" की कोई भी भूमिका या जिम्मेदारी इस सम्बंध में नहीं होगी।

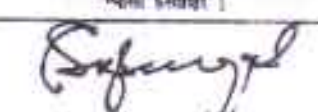
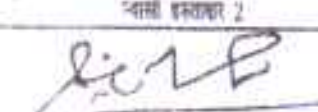
RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE

स्वीकृति के लिए संस्तुति

Date of Surgery अपरेशन की तारीख 11/11/24	 Director M.B.B.S. (Gold Medalist) (Name of Dr. & Right Not with Stamp) डॉक्टर का नाम व हस्ताक्षर व सील न	 (Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory or behalf of Hospital) नाम व पद हॉस्पिटल अधिकृत अधिकारी
--	--	---

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION

अन्तरिक उपयोग हेतु

SIGNATURE of TRUSTEE 1 ज्योती हस्ताक्षर 1 	SIGNATURE of TRUSTEE 2 ज्योती हस्ताक्षर 2 
---	--