

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE (Healthcare) सहायता हेतु आवेदन प्रारूप		Koshika foundation Building block of life.		
APPLICATION No.: K/1119/2038		APPLICATION DATE: 9/11/2019		
NAME of APPLICANT: SATAWARU GUPTA		AGE-YEARS: 74	SEX: M	
FATHER'S/SPOUSE'S NAME: SUNAR GUPTA				
PRESENT RESIDENCE ADDRESS: MOTIRA, NAGPUR, GALLIA, UTTAR PRADESH				
PERMANENT RESIDENCE ADDRESS: AS ABOVE				
OCCUPATION: UNEMPLOYED		MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)		
TOTAL ANNUAL INCOME: RS 2100 X 12 = 25200/-		(Attach Proof of Income)		
PAN No. सवाई खाना संजय				
ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable): Yes / No				
FAMILY DETAILS परिवार विवरण				
Sr. No.	Name of Family Member	Age (Years)	Gender	Relation with Applicant
1.	SATAWARU GUPTA	74	M	SELF
2.	ANILKESH GUPTA	35	M	SON
BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable)				
BPL Card (Attach Card Copy)	EWS Certificate (Attach Certificate Copy)	Ration Card (Attach Copy)	Any Other Basis/Proof	
"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE:				
Sr. No.	Medical Reports/Prescriptions Attached			
1.	DIAGNOSIS — CATARACT — LE			
2.	SURGERY — LE (STC + IOL)			
ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES				
Sr. No.	NAME of OTHER SOURCE	AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILED		

DECLARATION by APPLICANT: **ਅਨੁਦੇਸ਼ਕ ਦੁਆਰਾ ਘੋਸ਼ਣਾ ਕਰਨਾ:**

- 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 कतार है कि इस प्रश्न में दिखे गये सभी विवरण मेरी 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 यहाँ पर कतारता हूँ कि "कॉशिका फाउंडेशन", से ही यह राशि है, उसका उपयोग सही उद्देश्य को पूर्ण करने के लिए किया जाएगा, जो इस प्रश्न में भरा गया है।
- 3) मैं यहाँ पर कतार है कि मैं इस सहायता से प्राप्त राशि का उपयोग किसी अन्य स्रोत/निर्देशक/बीमा कम्पनी से न हो लिया है और न ही भविष्य में लूँगा।

AGREEMENT by APPLICANT (attach to the report)

- 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 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 प्रश्न का अर्थ इतना है जैसे की आप चाहते हैं कि (अर्थात्) अपने नाम को मुद्रित करवा दूं एवं "कोशिका फाउंडेशन और उसके ट्रस्टियों" को अधिकृत करता हूँ कि वे पत्र, पत्र, फोटो और जो विवरण इस प्रश्न में संलग्न है, उसे "कोशिका" द्वारा प्रकाशित, पुस्तक, साप्ताहिक दूरदर्शन के माध्यम से प्रसारित करने के लिए किसी भी प्रकार का उपयोग कर सकें।
- 2) मैं (अर्थात्) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण जो कि सहायता के उद्देश्य से प्रेषित है मुझे स्वतः सहायता का अधिकार नहीं करता। इस सम्बंध में "कोशिका" द्वारा उनके ट्रस्टियों का निर्णय अंतिम और बाधकारी होगा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION:

अपेक्ष के अनुसार यह संगठन का निवास



AGREEMENT by HOSPITAL (हस्पताल द्वारा करार)

By affixing hereunder, signature of our Authorised Signatory for recommending this case/patient for financial assistance from Koshika Foundation, we (Hoschital) hereby affirm & accept following:

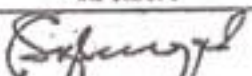
- 1) that we neither are presently nor will in future avail of financial assistance from another NGO or any other source, for the same patient/case, as we are requesting to get from Koshika Foundation, to the extent that such assistance is granted by Koshika Foundation. If the requested assistance is 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.

इससे अधिक, इसकाही को संकेत हो पाएगा/पेरेगी को "संविधान सभासद" हो विधि सभाया हेतु निर्धारित की जाती है, जिसे हम (हामें) विन उपाय हो साथ व स्वीकार करते हैं।

- 1) यह कि न तो सर्वप्रथम और न ही पहिले में विश्व सम्मेलन किसी भी राष्ट्रीय संस्था या किसी अन्य संस्था से उक्त ऐंटी-कम्युनिस्टों में से कोई एक है, जैसे कि हमने "कॉन्सिडर फायनेंस" से विपरीतविरोधी उक्त के सम्बन्ध में "कॉन्सिडर फायनेंस" द्वारा प्रकाशित विपरीत सतिक्त/सत्यता हेतु प्रमाण नहीं दिया जहाँ से ही सम्मेलन किसी अन्य भी राष्ट्रीय संस्था या किसी अन्य सम्मन्धन से सम्बन्धित होने का स्पष्टीकरण सुनिश्चित रखता है। इस दृष्टि में स्पष्ट कहा जाता है कि सम्मेलन विशेष मध्य उक्त ऐंटी-कम्युनिस्टों हेतु किसी भी राष्ट्रीय संस्था या किसी अन्य संस्था से नहीं संबन्धित है।
- 2) "कॉन्सिडर फायनेंस" से तो यह सम्मेलन केवल विशिष्ट प्रवृत्ति को है। ऐंटी-नर दलालता द्वारा ही यह सम्मेलन या विवेक एवं उच्चमार्ग/विश्व का प्रमाण ऐंटी-सर्व सम्मेलन के बीच का विषय है और "कॉन्सिडर फायनेंस" द्वारा किसी प्रकार का कोई प्रमाण नहीं है। इसलिए सम्मेलन में ऐंटी-नर दलालता और अन्य बातों को सही विनियमों ऐंटी-सर्व सम्मेलन की होगी और "कॉन्सिडर" को कोई प्रमाण या विनियमों इस सम्बन्ध में नहीं होगी।

RECOMMENDED FOR ACCEPTENCE

स्वीषणी के लिए संसदति

Date of Surgery ऑपरेशन की तारीख 9/11/2019	Dr. Nand Lal Kataria (Name of Dr. & Regn. No. with Stamp) डॉक्टर का नाम व इलाका व ई. नं.	Dr. Shankar Bagchi (Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory on behalf of Hospital) नाम व पद हस्ताक्षर अधिकृत अधिकारी
FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION आन्तरिक उपयोग हेतु		
SIGNATURE of TRUSTEE 1 न्यायी हस्ताक्षर 1 		SIGNATURE of TRUSTEE 2 न्यायी हस्ताक्षर 2 