

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE (Healthcare)		सहायता हेतु आवेदन प्रारूप (स्वास्थ्य देखभाल)		Koshika foundation Building blocks of life	
APPLICATION No.: K/0120/2983 आवेदन संख्या:		APPLICATION DATE: 2/1/2020 आवेदन तिथि			
NAME of APPLICANT: CHAINA GUPTA आवेदक का नाम		AGE-YEARS आयु-वर्ष 43	SEX लिंग F		
FATHER'S/SPOUSE'S NAME: NIRMAL KUMAR GUPTA पिता/सहोदर का नाम					
PRESENT RESIDENCE ADDRESS वर्तमान निवास CHISE TOWN, SOUTH DUMDUM, SREEBHUMI, NORTH 24 PARAGANAS, HOOGHLY, WEST BENGAL					
PERMANENT RESIDENCE ADDRESS स्थायी निवास — AS ABOVE —					
OCCUPATION: HOUSE WIFE व्यवसाय				MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)	
TOTAL ANNUAL INCOME: RS 1800 X 12 = 21600 कुल वार्षिक आय				(Attach Proof of Income) (आय का सबूत संलग्न करें)	
PAN No. क्या? खाली छोड़ें					
ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable): क्या आप आय कर दाखल हैं? (जो सत्य हो उस पर चिह्न लगा दें।)					
Yes / No हाँ / 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 संबंध	
1.	CHAINA GUPTA	43	F	SELF	
2.	NARENDRA GUPTA	40	M	HUSBAND	
3.	ANIL GUPTA	10	M	SON	
BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable) सहायता के लिए भित्ति आधार					
BPL Card (Attach Card Copy) गरीबी रेश का चिप प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की छाव प्रतिलिपि संलग्न करें)		EWS Certificate (Attach Certificate Copy) अल्प आय वर्ग प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की छाव प्रतिलिपि संलग्न करें)		Ration Card (Attach Copy) उपभोग्यता कार्ड (प्रमाण पत्र की छाव प्रतिलिपि संलग्न करें)	
Any Other Basis/Proof अन्य कोई सबूत					
"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE: सहायता हेतु दिने गए निम्नलिखित कारण					
Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached अस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई दवाइयों की सूची				
1.	DIAGNOSIS — CATARACT — RE				
2.	SURGERY — RE (STC + IOL)				
ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES इस उद्देश्य 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 सी गई सहायता राशि	

DECLARATION by APPLICANT: आवेदक द्वारा घोषणा पर:

- 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 घोषणा करता हूँ कि इस प्रारूप में दिये गये सभी विवरण मेरी जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई विवरण सत्य/असत्य पाया जाता है तो मेरी सहायता निरस्त की जा सकती है।
 2) मैं इससे सहायता प्राप्त "कोशिका फाउन्डेशन", से ही ले रहा हूँ, इसका उपयोग इसी उद्देश्य की पूर्ति के लिये किया जाएगा, जो इस प्रारूप में पता लगा है।
 3) मैं पुष्टि करता हूँ कि भविष्य में मैं या मेरा परिवार इस मदद के लिये, इस राशि का अंशिक या पूर्णतः विवरण किसी अन्य स्रोत/रोजगार/बीमा कम्पनी से न ले सकेगा और न ही भविष्य में लूँगा।

AGREEMENT by APPLICANT (आवेदक द्वारा करार)

- 1) By affixing my signature or thumb impression on this Form, I (Applicant) hereby agree & authorise Koshika Foundation and its 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 its 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.
 3) इस प्रारूप पर अपने हस्ताक्षर या अंगुली के छाप लगाकर, मैं (आवेदक) आवेदक छापों की पुष्टि करता हूँ एवं "कोशिका फाउन्डेशन और इसके भरोदारों" को अधिकृत करता हूँ कि वे मेरा नाम, पता, फोटो और मेरे विवरण इस प्रकार से प्रकाशित करें, जैसे "कोशिका" द्वारा, दूर, सार्वजनिक रूप से इत्यादि से जुड़ी गतिविधियों और उपलब्धियों के लिये किसी भी प्रकार सम्मान से प्रशंसा करने के लिए अधिकृत है। मैं प्रत्यक्ष या अप्रत्यक्ष रूप से किसी भी प्रकार से "कोशिका फाउन्डेशन" से नगदी अधिकृत हूँ।
 4) मैं (आवेदक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण को बिना सहायता के इत्यादि से प्रकाशित करने के लिये मैं स्वयं सहायता का इस्तेमाल नहीं करूँगा। इस संबंध में "कोशिका" द्वारा दिये गये निर्देशों का पालन करूँगा और आवश्यकता होगी।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION:
 आवेदक के हस्ताक्षर या अंगुली का छाप

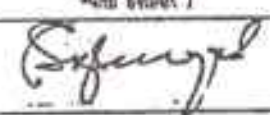
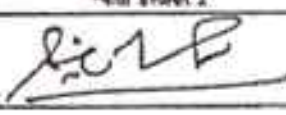
AGREEMENT by HOSPITAL (हस्पताल द्वारा करार)

- By affixing hereunder, signature of our Authorised Signatory for recommending this case/patient for financial assistance from Koshika Foundation, we (Hospital) hereby affirm & accept following:
 1) that we neither are presently nor 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.
 3) हमारे अधिकृत, इस प्रकार की और से सार्वजनिक की "कोशिका फाउन्डेशन" से वित्तीय सहायता हेतु सिफारिश की जाती है, बिना हम (हस्पताल) वित्त प्रस्ताव से अन्य सहायता मांगेंगे।
 4) यह कि न तो वर्तमान और न ही भविष्य में वित्तीय सहायता किसी और स्रोत से प्राप्त होगी या किसी अन्य स्रोत से उक्त रोगी/रोगी के लिये या से रहे हैं, जैसे कि हमने "कोशिका फाउन्डेशन" से सहायता/सिफारिश प्राप्त की है। यदि "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा सहायता सिफारिश अस्वीकार/प्राप्त हेतु सहायता नहीं मिलती है तो हस्पताल किसी अन्य स्रोत से सहायता मांगेगा या किसी अन्य स्रोत से सहायता मांगेगा या किसी अन्य स्रोत से सहायता मांगेगा। इस पुष्टि से स्पष्ट होता है कि हस्पताल सिफारिश पर उक्त रोगी/रोगी हेतु किसी और स्रोत से सहायता मांगेगा या किसी अन्य स्रोत से सहायता मांगेगा।
 5) "कोशिका फाउन्डेशन" से ही मैं सहायता केवल वित्तीय प्रकृति की है। रोगी पर हस्पताल द्वारा दी गई सहायता या बिना मेरी सहायता/सिफारिश का प्रभाव होने एवं हस्पताल के बीच का विवाद है और "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई दायित्व नहीं है। हस्पताल हस्पताल में रोगी के इलाज सुचारु और आने जाने की सभी जिम्मेदारियाँ होने एवं हस्पताल को रोगी और "कोशिका" को कोई दायित्व या जिम्मेदारी इस मामले में नहीं होती।

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE
 स्वीकार के लिये अनुमति

Date of Surgery ऑपरेशन की तारीख 21/1/2020	Dr. Priyanka Chandra MBBS, DNB Reg. No. TC535 (Name of Dr. & Reg. No. with Stamp) डॉक्टर का नाम व हस्ताक्षर व छाप	(Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory on behalf of Hospital) नाम व पद हस्पताल अधिकृत अधिकारी
---	---	--

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION आन्तरिक उपयोग हेतु

SIGNATURE of TRUSTEE 1 स्थायी हस्ताक्षर 1 	SIGNATURE of TRUSTEE 2 स्थायी हस्ताक्षर 2 
---	--