

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE		(Healthcare)			
सहायता हेतु आवेदन प्रारूप		(स्वास्थ्य देखभाल)		Building block of life.	
APPLICATION No.: K/0624/0335		APPLICATION DATE 21/06/24			
आवेदन संख्या:		आवेदन तिथि			
NAME of APPLICANT: SARASWATI GUPTA		AGE-YEARS 56	SEX F		
आवेदक का नाम					
FATHER'S/SPOUSE'S NAME: JAGANNATH GUPTA					
पिता/पति का नाम					
PRESENT RESIDENCE ADDRESS: 115 AUROBINDA SARANI BURTOLA, BEADON STREET, KOLKATA 700006, WEST BENGAL					
वर्तमान निवास पता					
PERMANENT RESIDENCE ADDRESS: AS ABOVE					
स्थायी निवास पता					
OCCUPATION: HOME MAKER		MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)			
व्यवसाय					
TOTAL ANNUAL INCOME: 30000 x 12 = 36,000		(Attach Proof of Income)			
कुल वार्षिक आय		(आय का साक्ष्य संलग्न करें)			
PAN No. [Blank]					
ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable):		Yes / No			
क्या आप आय कर पत्र हैं (को मान्य हो उस पर सही का निशान लगाएं)		हाँ / नहीं			
FAMILY DETAILS परिवार विवरण					
Sr. No.	Name of Family Member	Age (Years)	Gender	Relation with Applicant	
क्र. संख्या	परिवार के सदस्यों का नाम	उम्र (वर्ष)	लिंग	आवेदक के साथ संबंध	
1.	SARASWATI GUPTA	56	F	SELF	
2.	NEHA GUPTA	29	F	DAUGHTER	
BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable)					
सहायता के लिए विनियत आधार					
BPL Card (Attach Card Copy)	EWS Certificate (Attach Certificate Copy)	Ration Card (Attach Copy)	Any Other Basis/Proof		
गरीबी रेश कार्ड को नीचे प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की साथ छवि संलग्न करें)	अल्प आय वर्ग प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की साथ छवि संलग्न करें)	आवश्यकता कार्ड (प्रमाण पत्र की साथ छवि संलग्न करें)	अन्य कोई साक्ष्य		
"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE:					
सहायता हेतु किसे क्या विनियम का उद्देश्य:					
Sr. No.	Medical Reports/Prescriptions Attached				
क्रम संख्या	अस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई प्रतिवेदन नुस्खे संलग्न				
	DIAGNOSIS — CATARACT — RE				
	SURGERY — RE (SIOS + IOL)				
ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES					
इस उद्देश्य के हेतु कोई अन्य सहायता किसी अन्य स्रोत से प्राप्त क्या हो?					
Sr. No.	NAME of OTHER SOURCE	AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILED			
क्रम संख्या	अन्य स्रोत का नाम	सी गई सहायता राशि			

DECLARATION by APPLICANT: (अर्शिका द्वारा घोषणा पत्र)

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 प्रपत्र में दिये गये सभी विवरण मेरी जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई झूठा बयान दया गया होगा तो मेरी सहायता निरस्त की जा सकती है।
2. मैं यहाँ घोषणा करता हूँ कि "अर्थिका फाउन्डेशन", से जो भी मदद मिले, उसका उपयोग इसी उद्देश्य को पूर्ण करने के लिए ही किया जाएगा, जो इस प्रपत्र में बताया गया है।
3. मैं यहाँ घोषणा करता हूँ कि मैं इस सहायता हेतु अब प्रत्येक को नहीं हूँ, उस राशि का प्रत्येक या समस्त हिस्सा किसी अन्य स्रोत/रोजगार/बीमा कम्पनी से न कि लिए है और न ही भविष्य में लूँगा।

AGREEMENT by APPLICANT (अर्शिका द्वारा सहमति)

1. By affixing my signature or thumb impression on this Form, I (Applicant) hereby agree & authorize 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 any 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/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 प्रपत्र पर अपने हस्ताक्षर या उंगली के छाप लगाकर, मैं (अर्शिका) अपनी सहमति की पुष्टि करता हूँ एवं "अर्थिका फाउन्डेशन और इसके ट्रस्टियों" को अधिकृत करता हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और मेरे विवरण इस प्रपत्र में घोषित हैं, उसे "अर्थिका" एन.डी.एस. ट्रस्ट, सचका/स. द्वारा प्रत्येक से दूसरी भविष्यवाणी और उपलब्धियों के बारे में किसी भी प्रकार सचका के प्रसारित करने के लिए अधिकृत है। मेरी इस बात विवरण मेरे उद्देश्य को पूरा करने या मेरे नाम के लिए "अर्थिका फाउन्डेशन" से मदद की पुष्टि है।
2. मैं (अर्शिका) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण को इस सहायता के उद्देश्य से प्रसारित है और उसका प्रयोग या प्रसारण नहीं होगा। इस संबंध में "अर्थिका" एन.डी.एस. ट्रस्टियों का निर्णय अंतिम और बाध्यकारी होगा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION:

अर्शिका के हस्ताक्षर या अंगुली का निशान

Saraswati Gupta

AGREEMENT by HOSPITAL (हस्पताल द्वारा सहमति)

- 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 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 अधिकृत, हस्ताक्षर की ओर से नामित/रोगी को "अर्थिका फाउन्डेशन" से वित्तीय सहायता हेतु सिफारिश की जाती है, बिना हम (हस्पताल) निम्न प्रकार से मान्यता स्वीकार करते हैं।
1. यह कि न तो वर्तमान और न ही भविष्य में वित्तीय सहायता किसी भी सहायता स्रोत या किसी अन्य स्रोत से प्राप्त करने/पान करने में होने या हो रही है, जैसे कि हमने "अर्थिका फाउन्डेशन" से सिफारिश/निर्णय प्राप्त करने के समय में "अर्थिका फाउन्डेशन" द्वारा मदद हेतु कि है। यदि "अर्थिका फाउन्डेशन" द्वारा सहायता विधि अतिरिक्त/सहायता हेतु मदद नहीं किया जाता है तो हस्पताल किसी अन्य स्रोत या किसी अन्य सहायता से सहायता करने का अधिकार सुरक्षित रखता है। इस पुष्टि में हमारा मतलब है कि हस्पताल विशेषकर मदद प्राप्त करने/पान करने हेतु किसी भी सहायता स्रोत या किसी अन्य सहायता से नहीं लेना/लेगी।
2. "अर्थिका फाउन्डेशन" से जो भी सहायता सहायता वित्तीय प्रकृति की है। रोगी का हस्पताल द्वारा ही सहायता का निर्णय एवं उपचार/प्रक्रिया का चुनाव रोगी एवं हस्पताल को बीच का विषय है और "अर्थिका फाउन्डेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई दबाव नहीं है। इसलिए हस्पताल ने रोगी को इसका चुनाव करने/पान करने की पूरी जिम्मेदारी रोगी एवं हस्पताल को होगी और "अर्थिका" को कोई दबाव या जिम्मेदारी इस मामले में नहीं होगी।

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE

स्वीकृति के लिए संस्तुति

Date of Surgery अपरेशन की तारीख 21/06/24	<i>Dr. Subhash Das</i> M.D.B.S. S Gold Medalist (Name of Dr. & Regn. No. with Stamp) हस्पातल का नाम व हस्ताक्षर या छाप	<i>OPTOM AVAROTT DAS</i> (Name, Designation & Stamp of Authorized Signatory on behalf of Hospital) SANKARA POLYTECHNIC HOSPITAL
--	--	--

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION

आन्तरिक उपयोग हेतु

SIGNATURE of TRUSTEE 1 नामही हस्ताक्षर 1	SIGNATURE of TRUSTEE 2 नामही हस्ताक्षर 2
<i>Safarpur</i>	<i>Dr. P. K.</i>