

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE
(Healthcare)

(स्वास्थ्य देखभाल)



APPLICATION No. : K/0624/0343 APPLICATION DATE 22/06/24
आवेदन संख्या : आवेदन तिथि

NAME of APPLICANT : BHOLA GUPTA AGE-YEARS 64 SEX M
आवेदक का नाम

FATHER'S/SPOUSE'S NAME : JAGAR NATH GUPTA
पिता/सहोदर का नाम

PRESENT RESIDENCE ADDRESS : 115, ARABIND SARANI, SHYAMPUR, BEADON STREET, KOLKATA 700086, WEST BENGAL
PERMANENT RESIDENCE ADDRESS : AS ABOVE



OCCUPATION : VEGETABLE SHOP MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)
TOTAL ANNUAL INCOME : 6000 X 12 = 72,000 (Attach Proof of Income)
कुल वार्षिक आय (आप का साक्ष्य प्रस्तुत करें)

ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable):
क्या आप आय कर दाता हैं (जो मान्य हो उस पर चिह्न लगाएं)

FAMILY DETAILS (परिवार का विवरण)				
Sr. No. क्रम संख्या	Name of Family Member परिवार के सदस्य का नाम	Age (Years) उम्र (वर्ष)	Gender लिंग	Relation with Applicant आवेदक के साथ सम्बन्ध
1.	BHOLA GUPTA	64	M	SELF
2.	SURAJ GUPTA	28	M	SON
3.	DANTI GUPTA	24	M	SON

BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable) सहायता के लिये निम्नलिखित आधार			
BPL Card (Attach Card Copy) गरीबी रेषा के नीचे प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें)	EWS Certificate (Attach Certificate Copy) अन्य उच्च वर्ग प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें)	Ration Card (Attach Copy) उपभोग्य कार्ड (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें)	Any Other Basic/Proof अन्य कोई साक्ष्य

"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE:
सहायता हेतु निम्न निम्नलिखित का उद्देश्य:

Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached अस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई प्रमाणित सूची संलग्न
1.	DIAGNOSIS — CATARACT — RE

ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES
इस उद्देश्य के हेतु कोई अन्य सहायता किसी अन्य स्रोत से लिये गया है?

Sr. No. क्रम संख्या	NAME of OTHER SOURCE अन्य स्रोत का नाम	AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILED कौन सा सहायता राशि

DECLARATION by APPLICANT: (अर्शिका द्वारा भराया जाय)

1. I hereby confirm that all details in this Form are true to the best of my knowledge. Any false statements 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.
4. मैं यहाँ पर यह कह रहा हूँ कि इस प्रारूप में दिये गये सभी विवरण मेरी जानकारी के अनुसार सच एवं सही हैं। यदि कोई झूठा बयान या जानकारी दूँगा तो मेरी सहायता निरस्त की जा सकती है।
5. मैं यहाँ पर यह कह रहा हूँ कि मैंने "कोशिका फाउन्डेशन" से मेरी सहायता के लिए जो राशि माँगी है, उसका उपयोग केवल उसी उद्देश्य के लिए ही करूँगा, जिस उद्देश्य के लिए मैंने इस सहायता के लिए अनुरोध किया है।
6. मैं यहाँ पर यह कह रहा हूँ कि मैंने किसी भी अन्य स्रोत/रोजगार/बीमा कंपनी से उस राशि के लिए कोई भी भुगतान या रीफंडेशन नहीं किया है और भविष्य में नहीं करूँगा।

AGREEMENT by APPLICANT (अर्शिका द्वारा करण)

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 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 मेरा हस्ताक्षर या अंगुली का निशान करने से मैं (अर्शिका) यहाँ पर सहमत करता हूँ कि "कोशिका फाउन्डेशन" और इसके ट्रस्टी "कोशिका फाउन्डेशन" के द्वारा मेरा नाम, पता, फोटो और मेरे उद्देश्य के बारे में जानकारी को किसी भी माध्यम, जिसमें कि लिखित, मुद्रित, इलेक्ट्रॉनिक, आदि शामिल हैं, के माध्यम से प्रसारित करने के लिए इजाजत है। इस जानकारी का उपयोग "कोशिका फाउन्डेशन" के द्वारा अन्य लोगों को सहायता के लिए प्रेरित करने के लिए किया जा सकता है। मैं सहमत करता हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और उद्देश्य के बारे में जानकारी को किसी भी माध्यम से प्रसारित करने के लिए "कोशिका फाउन्डेशन" को अधिकार है।
4. मैं (अर्शिका) इस बात से सहमत करता हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और उद्देश्य के बारे में जानकारी को किसी भी माध्यम से प्रसारित करने के लिए "कोशिका फाउन्डेशन" को अधिकार है। मैं सहमत करता हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और उद्देश्य के बारे में जानकारी को किसी भी माध्यम से प्रसारित करने के लिए "कोशिका फाउन्डेशन" को अधिकार है।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION:

अर्शिका के हस्ताक्षर या अंगुली का निशान

(Signature)

AGREEMENT by HOSPITAL (हॉस्पिटल द्वारा करण)

- 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.
3. इस प्रारूप पर मेरा हस्ताक्षर या अंगुली का निशान करने से मैं (अर्शिका) यहाँ पर सहमत करता हूँ कि "कोशिका फाउन्डेशन" से मेरी सहायता के लिए अनुरोध किया गया है। मैं सहमत करता हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और उद्देश्य के बारे में जानकारी को किसी भी माध्यम से प्रसारित करने के लिए "कोशिका फाउन्डेशन" को अधिकार है। मैं सहमत करता हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और उद्देश्य के बारे में जानकारी को किसी भी माध्यम से प्रसारित करने के लिए "कोशिका फाउन्डेशन" को अधिकार है।
4. मैं (अर्शिका) इस बात से सहमत करता हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और उद्देश्य के बारे में जानकारी को किसी भी माध्यम से प्रसारित करने के लिए "कोशिका फाउन्डेशन" को अधिकार है। मैं सहमत करता हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और उद्देश्य के बारे में जानकारी को किसी भी माध्यम से प्रसारित करने के लिए "कोशिका फाउन्डेशन" को अधिकार है।

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE
स्वीकृति के लिए संस्तुति

Date of Surgery अपरेशन की तारीख 02/06/24	<i>Dr. Subhash Das</i> M.S.B.S. N.S. Gold Medalist (Name of Dr. & Regn. No. with Stamp) हस्ताक्षर का नाम के साथ रजिस्ट्रेशन नंबर और मुहर	<i>OPTOM ANANTI DAS</i> (Name, Designation & Stamp of Authorized Signatory on behalf of Hospital) SANKARA EYE HOSPITAL
--	--	--

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION आंतरिक उपयोग के लिए

SIGNATURE of TRUSTEE 1 न्यासी हस्ताक्षर 1 <i>(Signature)</i>	SIGNATURE of TRUSTEE 2 न्यासी हस्ताक्षर 2 <i>(Signature)</i>
--	--