

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE
सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)
(स्वास्थ्य देखभाल)



APPLICATION No.: K/0119/2516
आवेदन संख्या:

APPLICATION DATE: 15/01/19
आवेदन तिथि

NAME of APPLICANT: BALADEVI GUPTA
आवेदक का नाम

AGE-YEARS: 60
SEX: F

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

PRESENT RESIDENCE ADDRESS: वर्तमान आवासीय पता

21 OLD WORKSMAN LINE 412 BANGAL LINE
NOWAPARA NORTH 24 PARGANAS 743144 WEST BENGAL

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS: स्थायी आवासीय पता

- AS ABOVE -

OCCUPATION: HOUSE WIFE

MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)

TOTAL ANNUAL INCOME: NIL
कुल वार्षिक आय

(Attach Proof of Income)
(आय का साक्ष्य संलग्न)

PAN No. नहीं दिया संलग्न

ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable):
क्या आप आय कर दाता हैं (को मध्य हो उस पर सही का निशान लगाएं)

Yes / No
हां / नहीं

FAMILY DETAILS: परिवार 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.	BALADEVI GUPTA	60	F	SELF
2.	AMRITALAL GUPTA	61	M	HUSBAND
3.	KAKESH GUPTA	46	M	SON
4.	REKHA GUPTA	45	F	DAUGHTER
5.	SARJEETA GUPTA	41	F	DAUGHTER
6.	SUDHA GUPTA	38	F	DAUGHTER

BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable)
सहायता के लिये विधि आधार

BPL Card (Attach Card Copy) पीपीसी कार्ड के साथ प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें)	EWS Certificate (Attach Certificate Copy) आय आय 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 Basis/Proof अन्य कोई साक्ष्य
--	---	--	--

"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE:
सहायता हेतु किये गये निम्नी का उद्देश्य:

Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached अस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई प्रमाणित सूची संलग्न
1.	DIAGNOSIS - CATARACT-LE
2.	SURGERY-LE (SLC'S-1706)

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

Sr. No. क्रम संख्या	NAME of OTHER SOURCE अन्य स्रोत का नाम	AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILED एक ही उद्देश्य हेतु

DECLARATION by APPLICANT: आवेदनकर्ता द्वारा घोषणा की जाती है:

- 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.

- [illegible]

AGREEMENT by APPLICANT (where not used)

- 1) By affixing my signature or thumb impression on this Form, I (Applicant) hereby agree & authorize Koshika Foundation and it's Trustees to use/publish/post-up/produce 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 उद्यम का अपने इलाका या जगह की जानकारी, मैं (अवेदक) अपनी समिति को मुक्ति प्राप्त है एवं "कोशिका फाउंडेशन और उसके ग्यारीन्स" को अधिकृत प्राप्त है कि मेरा नाम, पता, पते और के विवरण इस उद्यम में संश्लिप्त है, इसे "कोशिका" एवम् ग्यारीन्स, दान, चक्रवर्तन दानां उद्देश्य से जुड़ी गतिविधियों और उपलब्धियों के लिये किसी भी प्रकार सम्मान से प्रशंसित करने के लिये अधिकृत है। मैं इसका विवरण मैं इनके के पते या घर के बारे में करने के लिये "कोशिका फाउंडेशन" व ग्यारीन्स अधिकृत है।

- 2) मैं (अपेक्षक) इस बात से सहमत हूँ कि मैं प्यार, प्यार, शरीर और विचारों को कि आपस में उद्देश्यों से जोड़ता हूँ मुझे प्यार; आपस का इकट्ठा नहीं करता; इस सम्बन्ध में "अपेक्षक" अपने-आपमें व्यक्तिगत का निर्णय लेता और अपनावही होता।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION:

अनुसंधान के अभाव में यह सिद्ध नहीं हो पाया है कि



AGREEMENT by HOSPITAL (HISSE 20 400)

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 it's 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 & it's outcome & safety of the patient, and Koshika Foundation will have no role or responsibility in the matter.

इससे अतिवृद्ध, इलायची की ओर से मसाले/तेल की "कोशिका प्रदान-वैधान" से निर्मित प्रदाना हेतु विनियमन की जाती है, जिसे इस (इलायची) विनियमन से मान्य व अतीवृद्ध करने है।

- (1) यह कि न तो सर्वोच्च और न ही स्थिति में स्थान सहायक किसी है। सहाय्यी संस्था या किसी अन्य व्यक्ति से उम्मा टैलीफोन में होने या हो रहे हैं, वेही कि हमने "कोलिका काउन्सेलर" से सहाय्यी/सिस्टी उम्मा के सम्बन्ध में "कोलिका काउन्सेलर" द्वारा गहरा हेतु कि है। यदि "कोलिका काउन्सेलर" द्वारा सहाय्यी सिस्टी अधिक/सहाय्य हेतु मन्तु नहीं किया जाता है तो अगस्त किसी अन्य है। सहाय्यी संस्था या किसी अन्य सम्बन्ध से सहाय्यी होने का अधिकार सुरक्षित रहता है। इस धुष्टि में स्पष्ट कहा जाता है कि अगस्त द्वितीय गहरा उम्मा टैलीफोन हेतु किसी है। सहाय्यी संस्था या किसी अन्य सम्बन्ध से नहीं लेता/लेती।

2. "कीर्तिका जयानंदरान" से ही यह साप्ताहिक कालिका विविध प्रकृति की है। ऐसी पर इसका नाम इस से यह साप्ताहिक का विविध रूप इसका नाम से ही है और "कीर्तिका जयानंदरान" इस विविध प्रकार का कोई रचना नहीं है। इसीलिए इसका नाम से ही यह इसका नाम और नाम के ही सही विविध रूप से ही है और "कीर्तिका" को कोई भविष्य का विविध रूप इस नाम से ही है।

RECOMMENDED FOR ACCEPTENCE

स्वीकृती के लिए संमति

Date of Surgery सर्जरी की तारीख 15/01/19	Dr. A. Kundu MBBS, MS Reg. No. 55127 (Name of Dr. & Regn. No. with Stamp) डॉक्टर का नाम व इलाका नं. के साथ (Name of Hospital & its Address)	Dr. Anil Sankar Bagchi (Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory and Eye Surgeon of Hospital) डॉ. व पद इलाका नं. के साथ
--	--	---

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION अन्तरिक उपयोग हेतु

अन्यत्रिक उपपत्तिः ३३

SIGNATURE of TRUSTEE 1 न्यासे हस्ताक्षर 1	SIGNATURE of TRUSTEE 2 न्यासे हस्ताक्षर 2
	