

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE
सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)
(स्वास्थ्य देखभाल)



APPLICATION No. : **K/1119/2230** APPLICATION DATE : **18/11/2019**

NAME of APPLICANT : **RAM KUMAR GUPTA** AGE-YEARS **64** SEX **M**

FATHER'S/SPOUSE'S NAME : **SUNDARLAL GUPTA**

PRESENT RESIDENCE ADDRESS **3 C RATANAKRISHNA STREET, HATHKOP KOLKATA 700005, WEST BENGAL**

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS : **AS ABOVE**



OCCUPATION : **UNEMPLOYED** MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)

TOTAL ANNUAL INCOME : **RS 1500 X 12 = 18000/-** (Attach Proof of Income) (आप का आय प्रमाण)

PAN No. क्या है/आपका संख्या

ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable): **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 सम्बन्ध
1.	RAM KUMAR GUPTA	64	M	SELF
2.	GOPAL GUPTA	33	M	SON

BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable)
सहायता के लिए निम्नी आधार

EPL Card (Attach Card Copy) मॉडिने रिकॉर्ड के पीछे प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की छाया प्रती संलग्न करें)	EWS Certificate (Attach Certificate Copy) अल्प आय वर्ग प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की छाया प्रती संलग्न करें)	Ration Card (Attach Copy) उपभोग्य कार्ड (प्रमाण पत्र की छाया प्रती संलग्न करें)	Any Other Basis/Proof अन्य कोई प्रमाण
---	---	--	--

"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE:
सहायता हेतु किसे मने निम्नी का उद्देश्य:

Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached अनुसंधान/दवाइयों से बाटी की गई प्रतिवेदन शृची संलग्न
1.	DIAGNOSIS - CATARACT - RE
2.	SURGERY - RE (LICO + IOL)

ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES
इस उद्देश्य के हेतु कोई अन्य सहायता किसे अन्य स्रोतों से लिया गया है?

Sr. No. क्रम संख्या	NAME of OTHER SOURCE अन्य स्रोतों का नाम	AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILED सी गई सहायता राशि

DECLARATION by APPLICANT: (अर्सेक द्वारा घोषणा करे):

- 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 घोषणा करता हूँ कि इस प्रकरण में दिये गये सभी विवरण मेरी जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई विवरण सत्य कथन अथवा सत्य बात है तो मेरी सहायता मिलना भी संभव है।
- 2) मैं घोषणा करता हूँ कि "कोशिका फाउंडेशन", से ही मैं सहायता प्राप्त कर रहा हूँ, इसका उपयोग उसी उद्देश्य को पूर्ण करने के लिये किया जाएगा, जो इस प्रकरण में सत्य बात है।
- 3) मैं घोषणा करता हूँ कि मैं किसी सहायता हेतु या प्रत्येक की नहीं हूँ, उस उद्देश्य का अतिरिक्त या अलग किसी अन्य स्रोत/रोजगार/बीमा कंपनी से नहीं लिया है और न ही भविष्य में लूँगा।

AGREEMENT by APPLICANT (अर्सेक द्वारा करे)

- 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/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 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 प्रकरण पर अपने हस्ताक्षर या अंगूठे की छाप लगाकर, मैं (अर्सेक) अपने अंगूठे की छाप करके "कोशिका फाउंडेशन और इसके भरोसे" को अधिकृत करता हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और मेरे विवरण इस प्रकरण में प्रसारित हैं, उन्हें "कोशिका" द्वारा प्रिंट, फोन, इलेक्ट्रॉनिक मीडिया, प्रसारण के माध्यम से जुड़ी गतिविधियों और उपलब्धियों के लिये किसी भी प्रकार के माध्यम से प्रसारित करने के लिये अधिकृत है। मेरे प्रकरण का निराकरण और हस्ताक्षर के बदले या कर के करने के लिये "कोशिका फाउंडेशन" को अधिकृत है।
- 2) मैं (अर्सेक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण को किसी भी माध्यम से प्रसारित है मुझे सहायता का हस्ताक्षर नहीं करता। इस सम्बंध में "कोशिका" द्वारा उसके भरोसे का निर्णय अंतिम और स्वीकार्य होगा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION :
अर्सेक के हस्ताक्षर या अंगूठे का निशान



AGREEMENT by HOSPITAL (हॉस्पिटल द्वारा करे)

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 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.

हस्ताक्षर करके, हमारे द्वारा सिगनेचर को "कोशिका फाउंडेशन" को सिफारिश करने के लिये सहायता हेतु सिफारिश की जाती है, कि हम (हॉस्पिटल) निम्न प्रकार से मान्यता स्वीकार करते हैं।

- 1) यह कि हम अभी और भविष्य में किसी भी सहायता प्राप्त करने के लिये किसी अन्य स्रोत से सहायता नहीं लेते हैं, बल्कि हम "कोशिका फाउंडेशन" से सहायता प्राप्त करने के लिये सिफारिश करते हैं। यदि "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा सहायता नहीं दी जाती है, तो हमें सहायता प्राप्त करने के लिये किसी अन्य स्रोत से सहायता लेने का अधिकार सुरक्षित रहता है। इस दृष्टि में स्पष्ट करना चाहते हैं कि सहायता केवल वित्तीय हेतु सिफारिश की जाती है और "कोशिका" को कोई भी सहायता प्रदान करने का अधिकार नहीं है।
2. "कोशिका फाउंडेशन" से ही मैं सहायता प्राप्त करने के लिये सिफारिश कर रहा हूँ। मेरी सहायता हेतु सिफारिश करने के लिये "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा सिफारिश करने का कोई भी अधिकार नहीं है। इसी कारण हमें सहायता प्राप्त करने के लिये सिफारिश करने का अधिकार सुरक्षित रहता है और "कोशिका" को कोई भी सहायता प्रदान करने का अधिकार नहीं है।

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE
स्वीकृती के लिये संस्तुति

<p>Date of Surgery ऑपरेशन की तारीख 9/8/2019</p>	<p>Dr. K. Ghosh MBBS, D. Ch., FRCS Reg. No. 50971 (Name of Dr. & Regn. No. with Stamp) Centre हॉस्पिटल का नाम व हस्ताक्षर व छाप</p>	<p>(Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory on behalf of Hospital) हम से यह सहायता अधिकृत अधिकारी</p>
---	---	---

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION आन्तरिक उपयोग हेतु

<p>SIGNATURE of TRUSTEE 1 न्यायी हस्ताक्षर 1</p>	<p>SIGNATURE of TRUSTEE 2 न्यायी हस्ताक्षर 2</p>
	