

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE
सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)
(स्वास्थ्य देखभाल)



APPLICATION No. / आवेदन संख्या : K/0717/0653 APPLICATION DATE : 17.04.17

NAME of APPLICANT : / आवेदक का नाम MOZAMMAL MOLLA AGE-YEARS / आयु-वर्ष 58 SEX / लिंग M

FATHER'S/SPOUSE'S NAME : / पिता/पत्नी का नाम PANCHU MOLLA

PRESENT RESIDENCE ADDRESS : / वर्तमान निवास पता KHALISADI, NORTH 24 PARGANAS, 743605, WEST BENGAL

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS : / स्थायी निवास पता

AS ABOVE

OCCUPATION : / व्यवसाय FARMER

TOTAL ANNUAL INCOME : / कुल वार्षिक आय Rs.16000/- (16,000/-) (Attach Proof of Income) (आय का प्रमाण संलग्न करें)

PAN No. / आयकर संख्या

ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable):

Yes / No
हाँ / नहीं

क्या आप आय कर दाता हैं (जो मान्य हो उस पर चिह्न लगाएं)

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.	MOZAMMAL MOLLA	58	M	SELF
2.	MUSTAKIN MOLLA	22	M	SON
3.	JAHANARA BIBI	25	F	DAUGHTER
4.	TAJNIRA KHATUN	22	F	DAUGHTER

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

BPL Card (Attach Card Copy) राश्वरी रिकार्ड के नीचे प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें)	EWS Certificate (Attach Certificate Copy) अल्प 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 प्रमाण
--	---	--	---

"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE:
सहायता हेतु किसे एवं किससे का उद्देश्य:

Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached आपत्ता/वैद्यकीय से जारी की गई दवाइयों की प्रतियाँ संलग्न
1.	DIAGNOSIS - CATARACT - LE
2.	SURGERY - LE (SICS + IOL)

ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES
इस उद्देश्य के हेतु कोई अन्य सहायता किसी अन्य स्रोत से प्राप्त पत्र हो?

Sr. No. क्रम संख्या	NAME of OTHER SOURCE अन्य स्रोत का नाम	AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILED जो प्राप्त किया गया है

DECLARATION by APPLICANT: जॉन डी बॉयल ए.

- 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 पर प्रमाणित करता हूँ कि इस प्रत्यय में दिये गये सभी विवरण सही जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई विवरण सत्य नहीं प्रमाणित पाया जाता है तो मेरी सहायता निरस्त की जा सकती है।
- 2) मैं इस पर गम्भीरतापूर्वक प्रतिबद्ध हूँ कि "कौशिका फाउंडेशन", से जो भी राशि मिले, उसका उपयोग केवल उद्देश्य की पूर्ति के लिये किया जाएगा, जो इस प्रत्यय में बताया गया है।
- 3) मैं यहाँ पर प्रमाणित करता हूँ कि मैं किसी अन्य स्रोत/रोजगार/बीमा कंपनी से राशि की पूर्ति के लिये किसी भी प्रकार की राशि की पूर्ति नहीं करूँगा।

AGREEMENT by APPLICANT (please print name)

- 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/distribute/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 द्वारा मैं अपने हस्ताक्षर या मुद्रा के साथ सहमत हूँ (आवेदक) अपनी जानकारी को उचित बनाऊँ हूँ एवं "कोशिका फाउंडेशन और उसके न्यासी" को अधिकृत करता हूँ कि वे मेरा नाम, पता, फोटो और मेरे विवरण इस प्रकार से भीषित हैं, उसे "कोशिका" द्वारा यादों, पत्र, पात्राचार्य द्वारा उद्देश्य के सुदृष्टी नीतिनिर्देशों और उपस्थितियों में दिने किसी भी प्रकार माध्यम से प्रसारित करने के लिए अधिकृत है। मेरे द्वारा का विवरण में इसका के पहले या बाद में करने के लिए "कोशिका फाउंडेशन" या न्यासी अधिकृत है।
- 2) मैं (आवेदक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण को कि आधार के उद्देश्यों में प्रसारित है कुछ अन्य: आधार का हस्ताक्षर नहीं करता। इस संबंध में "कोशिका" तथा उसके न्यासी का निर्णय अंतिम और अप्रत्यक्ष होगा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION :



AGREEMENT by HOSPITAL. (CHECK ONE BOX)

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.

हमारे अधिकृत, इसकाठी की और से साइन/सेल की "कोशिका फाउंडेशन" से वित्तिय सहायता हेतु सिफारिश की जाती है, किसे हम (हस्पताल) निम्न प्रस्ताव से मान्य न स्वीकार करते हैं:

- 1) यह कि या तो हमारा और या ही पहिले में वित्तिय सहायता किसी के साकाठी सहायता या किसी अन्य स्रोत से प्राप्त होती/प्राप्ती में लगे या ले जा रहे हैं, जैसे कि हमारे "कोशिका फाउंडेशन" से सिफारिश/प्राप्ती प्राप्त हो सहायता में "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा मदद हेतु कि है। यदि "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा सहायता किसी व्यक्ति/रोगी/रोगी हेतु प्रस्ताव की गया है तो आवश्यकता किसी अन्य के साकाठी सहायता या किसी अन्य सहायता से सहायता लेने का अधिकार सुरक्षित रहता है। इस दृष्टि में स्पष्ट कहा जाता है कि सहायता प्रदान करने पर प्राप्त होती/प्राप्ती हेतु किसी के साकाठी सहायता या किसी अन्य सहायता से नहीं लेता/लेती।
2. "कोशिका फाउंडेशन" से ले जा सहायता केवल वित्तिय प्रकृति की है। लेने या सहायता प्राप्त की जा सहायता या किसे नये उपचार/प्रक्रिया का प्रमुख लेने एवं सहायता को सहायता का विषय है और "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा किसी उपचार का कोई प्रस्ताव नहीं है। इसलिये हस्पताल में लेने को प्रत्यक्ष प्रत्यक्ष और अपने जाने की सही जिम्मेदारी लेने एवं सहायता की लेने और "कोशिका" को कोई सहायता या सिफारिश/प्राप्ती प्राप्त करने में नहीं होता।

RECOMMENDED For (Tick Acceptance or Rejection as applicable) संमति (स्वीकृति/निरास का चिह्न लगायें)		ACCEPTANCE सम्मत	REJECTION निरास
Date of Surgery ऑपरेशन की तारीख 12/08/12	Dr. Arindam Deb MBBS, DO, FRCS Reg. No.-58096 Sri Sri Eye Foundation & Research Centre (Name of Dr. & Regs. No. with Stamp) उपस्था का नाम व इलाका व तारीख	Sub-Sankar Bagchi Director Sri Sri Eye Foundation & Research Centre (Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory on behalf of Hospital) उपस्था का नाम व इलाका व तारीख	

FOR INTERNAL USE OF KOSHIKA FOUNDATION अन्तरिक उपयोग हेतु

 SANCTIONED स्वीकृत	REJECTED अस्वीकृत	SIGNATURE of TRUSTEE 1 न्यासी हस्ताक्षर 1 	SIGNATURE of TRUSTEE 2 न्यासी हस्ताक्षर 2 
--	----------------------	---	---