

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE

सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)

(स्वास्थ्य देखभाल)

Koshika
foundation

Building block of life

APPLICATION No. : K/0917/0880 APPLICATION DATE : 05.09.17

NAME of APPLICANT : SAMAD MOLLA AGE-YEARS : 60 SEX : M

FATHER'S/SPOUSE'S NAME : Lt. KARIM BOKCH MOLLA

PRESENT RESIDENCE ADDRESS : SOLA - DANA - BASTI - 24 PGS (N)

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS : Solan m sharan

OCCUPATION : CARPENTER

MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)

TOTAL ANNUAL INCOME : 36000/-

(Attach Proof of Income)
(आप का आय प्रमाण)

PAN No. : [Blank]

ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable):
आप आय कर कादा है (को यहाँ से उचित चिह्न लगाएँ)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 से संबंध
1.	SAMAD MOLLA	60	M	SELF
2.	NURJHAN BIBI	40	F	WIFE
3.	MHRULL MOLLA	18	M	SON
4.	SAHIDA KHANUM	16	F	DAUGHTER
5.	SAIFULLA MOLLA	13	M	SON
6.	KHANTA BEWA	60	M	

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

BPL Card (Attach Card Copy) पोषी कार्ड के प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की साथ प्रती संलग्न करें)	EWS Certificate (Attach Certificate Copy) आय आय वर्ग प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की साथ प्रती संलग्न करें)	Ration Card (Attach Copy) उपभोग्य कार्ड (प्रमाण पत्र की साथ प्रती संलग्न करें)	Any Other Basis/Proof अन्य कोई प्रमाण
---	--	---	---

"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE:
सहायता हेतु किसे करने निम्न का उद्देश्य:

Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached अस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई प्रतिवेदन सूची संलग्न
1.	Diagnosis - RE - Liver and Harmanusage.
2.	Treatment - RE RPV + ELA + SOI ↓ LA CM.

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

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

DECLARATION by APPLICANT: आवेदन दान करने वाला:

- 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 सही जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई विवरण सत्य नहीं माना जाय तो उसे ग्राह्यता प्रस्ताव को खारिज कर दिया जायेगा।
- 2) मैं घोषणा करता हूँ कि "कोशिका फाउंडेशन", से जो मदद मिलेगी, उसे केवल उद्देश्य के पूर्ण करने के लिए ही प्रयोग किया जाएगा, जो इस प्रकरण में मांग किया गया है।
- 3) मैं घोषणा करता हूँ कि मैं किसी भी अन्य स्रोत से इस मदद के लिए भुगतान नहीं कर रहा हूँ, न ही भविष्य में ऐसा करूँगा।

AGREEMENT by APPLICANT (आवेदन दान करने वाला)

- 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/print-upreproduce 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 is in this regard will be final and acceptable to me.
- 1) इस प्रकरण पर अपने हस्ताक्षर या अंगूठे की छाप लगाकर, मैं (आवेदनकर्ता) अपने नाम, पता, तस्वीर और उद्देश्य के बारे में "कोशिका फाउंडेशन" को अधिकृत करता हूँ कि वे मेरा नाम, पता, तस्वीर और उद्देश्य इस प्रकरण में प्रकाशित करें, उसे "कोशिका" द्वारा प्रकाशित करें, दूर, दूरदर्शन, दूरदर्शन से सुनी तस्वीरें और प्रकाशित करें कि वे इस जानकारी को प्रकाशित करने में लिप्त अधिकृत हैं। वे इस जानकारी को प्रकाशित करने के लिए या बाद में करने के लिए "कोशिका फाउंडेशन" से अधिकृत हैं।
- 2) मैं (आवेदनकर्ता) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, तस्वीर और विवरण को कि फाउंडेशन के उद्देश्यों के प्रचार के लिए प्रयोग किया जा सकता है। इस संबंध में "कोशिका" द्वारा उद्देश्यों के प्रचार अधिकृत और अधिकृत होगा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION:

आवेदनकर्ता के हस्ताक्षर या अंगूठे का निशान



Signature of Patient

AGREEMENT by HOSPITAL (हॉस्पिटल द्वारा स्वीकृति)

- 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, हस्ताक्षर की ओर से हमारे/हमारे "कोशिका फाउंडेशन" से वित्तीय सहायता हेतु सिफारिश की जाती है, कि हम (हॉस्पिटल) निम्न प्रकरण से लाभ न उठा सकें।
- 1) यह कि न तो वर्तमान और न ही भविष्य में वित्तीय सहायता किसी भी सहायता संगठन या किसी अन्य स्रोत से प्राप्त की जाएगी, जो कि हमें "कोशिका फाउंडेशन" से प्राप्त करने के लिए मांग रहे हैं। यदि "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा प्रदान की गई सहायता पूर्ण नहीं है, तो हमें अन्य स्रोतों से सहायता प्राप्त करने का अधिकार सुरक्षित रहता है। इस दृष्टि से स्पष्ट करना चाहते हैं कि हमारे/हमारे द्वारा सिफारिश की गई सहायता के लिए हमें कोई भी अन्य सहायता प्राप्त नहीं होगी।
2. "कोशिका फाउंडेशन" से जो मदद प्रदान की जाएगी, वह केवल वित्तीय प्रकृति की होगी। हमारे/हमारे द्वारा सिफारिश की गई सहायता के लिए हमें कोई भी अन्य सहायता प्राप्त नहीं होगी। हमारे/हमारे द्वारा सिफारिश की गई सहायता के लिए हमें कोई भी अन्य सहायता प्राप्त नहीं होगी।

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE
स्वीकृति के लिए संस्तुतिShib Sankar Bagchi
Director

Sankar Eye Foundation & Research Centre

Date of Surgery
ऑपरेशन की तारीख

05.09.18

Dr. Prafulla Kumar
MBBS, MS, FVRS
(Name of Dr. & Reg. No. with Stamp)
हॉस्पिटल का नाम व हस्ताक्षर व छाप

(Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory on behalf of Hospital)
हमारे/हमारे द्वारा सिफारिश की गई सहायता

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION आन्तरिक उपयोग हेतुSIGNATURE of TRUSTEE 1
न्यासी हस्ताक्षर 1

SIGNATURE of TRUSTEE 2
न्यासी हस्ताक्षर 2