

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE

(Healthcare)
(स्वास्थ्य देखभाल)Koshika
foundation
Building block of lifeAPPLICATION No. :
आवेदन संख्या :

K/1014/1010

APPLICATION DATE : 05.10.17
आवेदन तिथिNAME of APPLICANT :
आवेदक का नाम

CHHALEYA MOLLA

AGE-YEARS आयु-वर्ष

68

SEX लिंग

F

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

AH HANID MOLLA

PRESENT RESIDENCE ADDRESS वर्तमान निवास पता

PURBA JELIYAKHALI, SARDAR PARA,
SANDESHKHALI, NORTH 24 PARAGANAS,
743329, WEST BENGAL

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS : स्थायी निवास पता

AS ABOVE

OCCUPATION :
व्यवसाय

HOUSE WIFE

TOTAL ANNUAL INCOME :
कुल वार्षिक आय

NIL

(Attach Proof of Income)
(आप को साक्ष्य सौंपने)

PAN No. क्या है (आपके पास)?

ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable):
क्या आप आय कर दाता हैं (जो सत्य हो उस पर सही का चिह्न लगाएं)Yes / हाँ
No / 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	CHHALEYA MOLLA	68	F	SELF
2	SAIDUL MOLLA	40	M	SON
3	SIRAJUL MOLLA	40	M	SON
4	SAHIDA MOLLA	37	F	DAUGHTER
5	RABIDA MOLLA	34	F	DAUGHTER
6	AMINA MOLLA	32	F	DAUGHTER

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

BPL Card (Attach Card Copy) गरीबी रक्षक के नीचे प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की छाया प्रति सौंपने करें)	EWS Certificate (Attach Certificate Copy) आय आय वर्ग प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की छाया प्रति सौंपने करें)	Ration Card (Attach Copy) उपभोक्ता कार्ड (प्रमाण पत्र की छाया प्रति सौंपने करें)	Any Other Basis/Proof अन्य कोई साक्ष्य
--	---	---	--

"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE:
सहायता हेतु किसे क्या वित्तीय का उद्देश्य:

Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached अस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई प्रतिवेदन सूची सौंपने
1.	DIAGNOSIS - CATARACT - RE
2.	SURGERY - RE (SICS + IOL)

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

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

DECLARATION by APPLICANT: ☐ none ☐ 211 ☐ 4000 ☐ 49

- 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 बताना हूँ कि इस प्रश्न में दिये गये सभी विवरण मेरी जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई विवरण सत्य कथन अथवा सत्य बात है तो मेरी साहाय्य निरास की जा सकती है।
- 2) मैं इससे जो साहाय्य यदि "कोशिका फाउण्डेशन", से ले जा रही हूँ, उसका उपयोग उसी उद्देश्य की पूर्ति के लिये किया जायेगा, जो इस प्रश्न में बताना था।
- 3) मैं यहाँ पर बताना हूँ कि मैं इस साहाय्य से या अन्यत्र से कोई भी राशि, उस राशि का अंशिक या पूर्ण विपक्ष किसी अन्य सोर्स/एम्प्लॉयर/इन्सुरेन्स कंपनी से न ले लिये हूँ और न ही भविष्य में लूँगा।

AGREEMENT by APPLICANT (above DO NOT)

- 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/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 प्रश्न का जवाब इसका यह जवाब होना चाहिए कि मैं (अर्हता) अपनी जानकारी को प्रदान करता हूँ कि मैं "कोशिका फाउंडेशन और इसके भरोसे" को अधिकृत करता हूँ कि वे मेरा नाम, पता, फोटो और जो विवरण इस प्रश्न में शामिल है, उसे "कोशिका" द्वारा प्रकाशित, प्रसारित, प्रसारित करने के लिए या किसी भी अन्य माध्यम से प्रकाशित करने के लिए अधिकृत है। मैं इसका विवरण भी प्रकाशित करने का यह है कि मैं "कोशिका फाउंडेशन" से भरोसे अधिकृत है।
- 2) मैं (अर्हता) इस बात से सहमत हूँ कि वे मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण को कि इसका उपयोग के लिए नहीं है प्रतिक्रिया है प्रतिक्रिया: इसका यह जवाब होना चाहिए कि मैं "कोशिका" द्वारा प्रकाशित, प्रकाशित, प्रकाशित करने के लिए अधिकृत है।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION:

संकेतों से प्रत्यक्ष या अप्रत्यक्ष का विवरण

AGREEMENT by HOSPITAL (WORTH \$10,000)

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.

इसके अतिरिक्त, इराक़ी की ओर से सफ़र-लेने की "कोलिका यात्रावेला" से मिली सलाह से दुर्घटना की जाती है, जिसे इन (इराक़ी) रिज्जत उमर से मान्य व स्वीकार करने है।

- 1) यह कि न तो संविधान और न ही अधिनियम में विहित सामग्री किसी भी साक्ष्यी संस्था या किसी अन्य स्वीत से उक्त लेखिकाओं में होने या हो गई है, बल्कि कि इनमें "भौतिक प्रामाणिकता" के निष्पत्तिनिमित्त उक्त को सम्भव नहीं "भौतिक प्रामाणिकता" द्वारा गहरा होगा कि है। यदि "भौतिक प्रामाणिकता" द्वारा सामग्री किसी व्यक्तिगत/सम्बन्धित होगी यन्त्रों की बिना आज है तो सम्मानित किसी अन्य और साक्ष्यी संस्था या किसी अन्य सम्बन्धन से सम्बन्धित होने का अधिकार सुरक्षित रहता है। इस दृष्टि में स्पष्ट कहा जाता है कि सम्मानित द्वितीय गतर उक्त लेखिकाओं होगी किसी भी साक्ष्यी संस्था या किसी अन्य प्राप्ति से नहीं लेवालेगी।
2. "भौतिक प्रामाणिकता" से ही यह सामग्री संस्था विहित प्रकृति की है। ऐसी या सम्मानित द्वारा ही यह सामग्री या बिने एवं उपचारप्रक्रिया का सुचय लेई एवं सम्मानित को बीच का नियम है और "भौतिक प्रामाणिकता" द्वारा किसी प्रकार का कोई रक्षण नहीं है। इसलिए सम्मानित ने ऐसी को प्राप्त मुद्रा और जाने जाने की सही जिल्दें/ऐसे ही एवं सम्मानित को छोटी और "भौतिक" को कोई सुरक्षा या जिम्मेदारी इस मामले में नहीं होती।

RECOMMENDED For (Tick Acceptance or Rejection as applicable) संस्तुति (स्वीकृत/निरस्त या निरस्त लगाने)		ACCEPTANCE सम्पूर्ण	REJECTION नकार
Date of Surgery ऑपरेशन की तारीख 05.10.17	Dr. Alok Agrawal MBBS, MS, Ph.D (Eye/FMRP) FCORL Reg. No. 24798 (Name of Dr. & Regt. No. with Stamp) डॉक्टर का नाम व इलाका व रजि. नं.	S. B. Singh S. B. Singh Sankar Bagchi Director for Eye Education & Research Council (Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory on behalf of Hospital) नाम व पद इलाका अधिकृत अधिकारी	

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION अन्तरिक उपयोग के लिए

SANCTIONED संयुक्त	REJECTED रिजेक्ट	SIGNATURE of TRUSTEE 1 न्यायी इलाखर 1	SIGNATURE of TRUSTEE 2 न्यायी इलाखर 2
			