

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE

सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)

(स्वास्थ्य देखभाल)

Koshika
Foundation
Building Block of the

APPLICATION No.:

आवेदन संख्या:

K/1017/1020

APPLICATION DATE:

आवेदन तिथि

06/10/17

NAME of APPLICANT:

आवेदक का नाम

ASHURA MOLLA

AGE-YEARS आयु-वर्ष

SEX लिंग

54

F

FATHER/SPOUSE'S NAME:

पिता/पत्नी का नाम

ASRAF ALI MOLLA

PRESENT RESIDENCE ADDRESS वर्तमान आवासीय पता

ABDUL KARIMPUR, DAKSHIN BARASAT,
JAYNAGAR-1 SOUTH 24 PARGANAS, 743372,
WEST BENGAL

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS: स्थायी आवासीय पता

AS ABOVE

OCCUPATION:

व्यवसाय

SERVANT

TOTAL ANNUAL INCOME:

कुल वार्षिक आय

Rs. 800 x 12 = 9600/-

(Attach Proof of Income)

(आय का साक्ष्य संलग्न)

PAN No. स्थायी खाता संख्या

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

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

Yes (H)

हां / 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.	ASHURA MOLLA	54	F	SELF
2.	ASRAF ALI MOLLA	60	M	HUSBAND
3.	ATTYAR RAHAMAN	30	M	SON
4.	MAFIZUL RAHAMAN	26	M	SON
5.	AMINA BINTI	23	F	DAUGHTER

BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable)

सहायता के लिये विवरी आधार

BPL Card (Attach Card Copy) गरीबी रेशा के नीचे 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) उपभोग्यता कार्ड (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें)	Any Other Basis/Proof अन्य कोई साक्ष्य
---	---	--	--

"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE:

सहायता हेतु किसे मने विवरी का उद्देश्य:

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

ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES

इस उद्देश्य के 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 लक्ष्य प्राप्त सहायता राशि
------------------------	---	--

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, 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 ओल्फन समझ हूँ कि इस प्रकार से रिपे गले सभी विभाग में ही लागूकारी होकर अत्यन्त लाभ पूर्व रही है। यदि कोई विभाग एवं कर्मचारी अत्यन्त लाभ प्राप्त है तो मेरी सलाह निम्न की जा सकती है।

2) ये ग्रन्थ जो सम्भवतः एहि "कलिका पाण्डेय" से ही आ रही है, उसका उपयोग एही उद्देश्य की पूर्ति के लिये किया जायेगा, जो इस ग्रन्थ में पाया गया है।

3) मैं भुवि कहा हूँ कि जिस आश्रय हो वह प्रत्यक्ष की गई है, उस प्रति का अधिकार या समस्त विचार किसी अन्य प्रोत्तानिरोधकवादीय आश्रयों से न हो सिद्ध है और न ही भविष्य में हो।

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/republish 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 स्वतन्त्रता या अपने को स्वतन्त्रता, मैं (अपने) अपनी स्वतन्त्रता को मुक्ति करता हूँ एवं "कॉलेजियल पाठ्यक्रम और अपने पाठ्यक्रम" को अधिकृत करता हूँ कि मैं यह, मैं, अपने और को विद्यालय इस उद्यम में कॉलेज है। उसे "कॉलेजियल" एकम् जगती, दान, वाचकत्व दान्तर उद्देश्य से मुझे परिचितिमें और स्वतन्त्रता में तिनमें किसी भी उद्यम वाचना से स्वतन्त्रता करने में तिन अधिकृत है। मैं उद्यम का विद्यालय में स्वतन्त्रता को अपने या स्वतन्त्रता में करने में तिन "कॉलेजियल पाठ्यक्रम" में जगती अधिकृत है।

2) मैं (अनुरोध) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण जो कि साक्ष्य के प्रदर्शनों में प्रविष्ट है मुझे तथा: साक्ष्य का इस्तेमाल नहीं करना। इस समर्थन में "अनुरोध" इसका प्रयोग ग्राहकों का निर्णय नहीं और अनुरोध नहीं होगा।

संकेत में प्रत्यक्ष या अप्रत्यक्ष रूप से

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.

इससे अतिरिक्त, इलाहाबादी की ओर से आयोजित होने वाली "अतिरिक्त प्रदर्शन" से विभिन्न प्रदर्शन से विभाजित भी नहीं है, जिसे इन (इलाहाबादी) विभिन्न प्रकार से मान्य न समझाया जाता है।

1) यह कि न तो कोलकाता और न ही अजमेर में विहित आयातों किसी एक आयाती संस्था या किसी अन्य संस्था से उठा लेई-मन्थने में लगे या ले रहे हैं, यही कि इनमें "कोलिका व्यापारदेहा" से निष्पत्ति/निष्पत्ति उठा ले आयात में "कोलिका व्यापारदेहा" द्वारा गहर हेतु कि है। यदि "कोलिका व्यापारदेहा" द्वारा आयात निहित अधिकाधिक/अधिक हेतु गन्तु यही किप खास है तो अजमेर किसी अन्य एक आयाती संस्था या किसी अन्य संस्थान से आयात लेने का अधिकार सुरक्षित खास है। इस धृष्टि में स्पष्ट खास खास है कि अजमेर विहित गहर उठा लेई-मन्थने हेतु किसी एक आयाती संस्था या किसी अन्य संस्था से यही लेना/लेनी।

2. "बोलिया बाराबंसा" से ली गई साक्ष्य संकलन विधि प्रकृति की है। ऐसी या इसका रूप ही यह साक्ष्य या बिने एवं उपकरणिक का प्रमाण देने एवं इसका संकलन का विधि है और "बोलिया बाराबंसा" इस बिने प्रमाण का कोई प्रमाण नहीं है। इसलिने इसका में देने के प्रमाण प्रमाण और जाने जाने की गरी बिनेकी देने एवं इसका को देने और "बोलिया" को कोई बिने या बिनेकी इस प्रमाण में नहीं होती।

RECOMMENDED For (Tick Acceptance or Rejection as applicable)
संस्तुति (स्वीकृत/निरस्त वा निरस्तन सहाय)

ACCEPTANCE
ॐ

REJECTION
समर्थ

Date of Surgery

अभिनेता की तारीफ

06.10.17

Dr. Arindam Deb
MBBS, D.O, FRCS
Reg. No. 58096
(Name of Dr. & Regn. No. with Stamp)
डाक्टर का नाम व इलाका व रजि. नं.

Dr. Sankar Bisoi
Dr. Sankar Bisoi
Director
Sri Sri Eye Foundation & Research Centre
(Name, Designation & Stamp of Authorized Signatory
on behalf of Hospital)
सम व पद इत्यादि अधिकृत अधिकारी

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION अन्तरिक उपयोग हेतु

SIGNATURE of TRUSTEE 1
[Signature]

SIGNATURE of TRUSTEE 2

 नामी धर्म 2

SANCTIONED
1991

REJECTED
समन्वय

by

2.1.1