

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE

सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)

(स्वास्थ्य देखभाल)

Koshika
Foundation

Building Block of life

APPLICATION No.:

आवेदन संख्या:

K/1017/1026

APPLICATION DATE:

आवेदन तिथि:

06.10.17

NAME of APPLICANT:

आवेदक का नाम

RAHILA BEOYA MOLLA

AGE-YEARS आयु-वर्ष

65

SEX लिंग

F

FATHER/SPOUSE'S NAME:

पिता/पत्नी का नाम

ISMAIL MOLLA

PRESENT RESIDENCE ADDRESS वर्तमान आवासीय पता

SARDAR TASBAR MOLLA MONDAL MALLIK,
JAMADAR PARK, DALUAKHAKI, GEMANGAPHHI,
JOYNAGAR, SOUTH 24 PARGANAS 743337, WEST

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS: स्थायी आवासीय पता

BENGAL

— AS ABOVE —

OCCUPATION:

व्यवसाय

HOUSE WIFE

TOTAL ANNUAL INCOME:

कुल वार्षिक आय

NIL

(Attach Proof of Income)

(आय का साक्ष्य संलग्न)

PAN No. आय का प्रमाण संख्या

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

क्या आप आय कर दाता हैं (जो लागू हो उस पर टिकी या निशान लगाएं)

Yes / No

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 से संबंध
1.	RAHILA BEOYA MOLLA	65	F	SELF
2.	HAFIDA MOLLA	42	F	DAUGHTER
3.	SAKILA MOLLA	39	F	DAUGHTER

BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable)

सहायता के लिए विधि आधार

BPL Card (Attach Card Copy) गरीबी रेश की नकल प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की नकल प्रति संलग्न करें)	EWS Certificate (Attach Certificate Copy) आय आय वर्ग प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की नकल प्रति संलग्न करें)	Ration Card (Attach Copy) उपभोग्यता कार्ड (प्रमाण पत्र की नकल प्रति संलग्न करें)	Any Other Basis/Proof अन्य कोई साक्ष्य
--	--	---	--

"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE:

सहायता हेतु किसे एवं किससे 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 से 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 इस हेतु सहायता राशि

DECLARATION by APPLICANT: **ਸਹਿਮਤ ਹਾਂ ਕਿ ਮੇਰਾ ਨਾਮ**

- 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 योद्धा कहता हूँ कि इस प्रश्न में दिये गये सभी विवरण मेरी जानकारी में सत्यता प्राप्त एवं सही हैं। यदि कोई विवरण एवं कथन असत्य पाया जाय है तो मेरी आशा है कि मेरी प्रार्थना विफल हो जा सकती है।
- 2) मैं इस को आशा करता हूँ कि "कोशिका फाउण्डेशन", से जो मदद मिलेगी, उसे मैं केवल उक्त उद्देश्य की पूर्ति के लिये ही प्रयोग करूँगा, जो इस प्रश्न में था।
- 3) मैं योद्धा कहता हूँ कि मैं इस आशा से मदद नहीं करूँगा कि मैं इसे किसी अन्य स्रोत/रोजगार/बिमा कंपनी से न ले सकूँ।

AGREEMENT by APPLICANT (unless you wish)

- 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 is this regard will be final and acceptable to me.
- 1) इस द्वारा मैं अपने इरादों में जोड़े की बात समझकर, मैं (अर्हक) अपनी जानकारी को भुक्ति करता हूँ एवं "कोशिका फाउंडेशन और इसके न्यायीयों" को अधिकृत करता हूँ कि वे मेरा नाम, पता, चोटों और जो विवरण इस द्वारा मैं जोड़ रहा हूँ, उसे "कोशिका" ट्रस्ट्मैन, डॉन, वाचमैन वगैरें उद्देश्य से मुझे परिचितियों और उपस्थितियों के लिये किसी भी प्रकार माध्यम से प्रकाश करने के लिए अधिकृत है। मैं इस का विचार नहीं करता कि इनसे मेरे बारे में कोई भी कार्य हो जाने के लिए "कोशिका फाउंडेशन" या न्यायी अधिकृत है।
- 2) मैं (अर्हक) इस बात से सहमत हूँ कि वे मेरा नाम, पता, चोटों और विवरण को किसी कारणवश से उद्देश्यों से प्रसारित है मुझे नहीं मालूम; हालांकि यह निर्णय ही करता है। इस सम्बंध में "कोशिका" ट्रस्ट्स उनके न्यायीयों का निर्णय अंतिम और अप्रत्यक्षणी होता है।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION _____

સાહેબનાં બંને કાનમાં એ સંજોગોનાં અવાજો આવ્યા હતા.

AGREEMENT by HOSPITAL (FURNISH THE 400)

By affixing her/under, 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 अधिकतर, इसकाफ़ी की ओर से पालने/लेने की "बॉलिवुड पारामेटर्स" से निर्मित सजावट से सुविधाओं की जाती है, जिसे हम (हमेशा) निम्न प्रकार से मान्य व स्वीकार करते हैं:

- 1) यह कि न तो कोयल और न ही जीवन में विविध साधनता किसी भी साधनी योग्यता या किसी अन्य लक्ष्य से उच्च ऐतिहासिकता में लगे या ले गई है, बल्कि कि इनने "कोयला यादगिरा" से विपरीतवर्तित उच्च के लक्षण में "कोयला यादगिरा" द्वारा गहरा हो चुका है। यदि "कोयला यादगिरा" द्वारा साधन विविध साधनी/समर्थन हो चुका था कि यह साधनी योग्यता या साधनी योग्यता या किसी अन्य साधनता से साधनता लेने का साधनी/समर्थन साधनी है। इस दृष्टि में स्पष्ट यथा साधनी है कि साधनता विविध गहरा उच्च ऐतिहासिकता हो किसी भी साधनी योग्यता या किसी अन्य साधनता से नहीं लेना/लेती।
2. "कोयला यादगिरा" से ही यह साधनता केवल विविध प्रकृति की है। ऐसी या साधनता द्वारा ही यह साधनता या किने गने साधनी/समर्थन का साधन ऐसी एवं साधनता के बीच का विषय है और "कोयला यादगिरा" द्वारा किसी उच्चता का कोई दखल नहीं है। इसीलिए साधनता में ऐसी के साधन साधनी और साधनी के ही साधनी/समर्थन ऐसी एवं साधनता की होती और "कोयला" को कोई साधनी या साधनी/समर्थन इस साधनी में नहीं होती।

RECOMMENDED For (Tick Acceptance or Rejection as applicable) संस्तुति (स्वीकृत/निस्त का निश्चय लक्षण)		ACCEPTANCE सम्मत		REJECTION संस्तु	
Date of Surgery ऑपरेशन की तारीख 06.10.17	 Dr. Arindam Deb MBBS, DO, FRCS Reg. No. 58096 (Name of Dr. & Reg. No. with Stamp) डॉक्टर का नाम व इलाका व उद्दि. नं.		 Dr. Sankar Bagchi Director Research & Research Centre (Name, Designation & Stamp of Authorized Signatory on behalf of Hospital) नाम व पद इलाका अधिकृत अधिकारी		
FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION अन्तर्गत उपयोग हेतु					
SANCTIONED संस्तुति	REJECTED संस्तु	SIGNATURE of TRUSTEE 1 न्यायी इलाका 1		SIGNATURE of TRUSTEE 2 न्यायी इलाका 2	
					