

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE (सहायता हेतु आवेदन प्रारूप)		(Healthcare) (स्वास्थ्य देखभाल)		 Koshika Foundation Building block of life	
APPLICATION No.: K/1017/1052 आवेदन संख्या:		APPLICATION DATE: 09.10.17 आवेदन तिथि		 	
NAME of APPLICANT: SAHIDULLA MOLLA आवेदक का नाम		AGE-YEARS 54 आयु-वर्ष	SEX M लिंग		
FATHER/SPOUSE'S NAME: ANSAR MOLLA पिता/पत्नी का नाम					
PRESENT RESIDENCE ADDRESS: MADHYA PARA, KUNDIPUKURIA, CANNING, SOUTH 24 PARGANAS, WEST BENGAL वर्तमान निवास पता					
PERMANENT RESIDENCE ADDRESS: AS ABOVE स्थायी निवास पता					
OCCUPATION: CONTRACT LABOUR व्यवसाय					
TOTAL ANNUAL INCOME: RS. 16000 x 12 = 19.200/- कुल वार्षिक आय		(Attach Proof of Income) (आय का प्रमाण संलग्न)			
PAN No. SAHID पैन 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)					
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.	SAHIDULLA MOLLA	54	M	SELF	
2.	MODINA MOLLA	46	F	WIFE	
3.	AMELIA MOLLA	23	F	DAUGHTER	
4.	SOHANA MOLLA	20	F	DAUGHTER	
5.	KARIMA MOLLA	12	F	DAUGHTER	
BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable) सहायता के लिए विनंति आधार					
BPL Card (Attach Card Copy) गरीबी रेश 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) उपभोग्य कार्ड (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें)	
Any Other Basis/Proof अन्य कोई प्रमाण					
"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE: सहायता हेतु किसे गये विनंति का उद्देश्य:					
Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached अस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई प्रतिवेदन सूची संलग्न				
1.	DIAGNOSIS- CATARACT-LE				
2.	SURGERY- LE (SICTHOL)				
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 कितनी राशि सहायता पानी			

DECLARATION by APPLICANT: (अर्शक द्वारा घोषणा पर):

- 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 प्रपत्र में दिये गये सभी विवरण सही जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई विवरण सत्य कथन अथवा सत्य बात है तो मेरी सहायता मिलेगी जो कि सही होगी है।
- 2) मैं घोषणा करता हूँ कि "कोशिका फाउंडेशन", से जो कि सहायता मिलेगी, उसका उपयोग केवल उद्देश्य की पूर्ति के लिये किया जायेगा, जो इस प्रपत्र में सत्य बात है।
- 3) मैं घोषणा करता हूँ कि इस सहायता हेतु या अन्यथा किसी भी अन्य स्रोत या नियोक्ता/बीमा कंपनी से मैं या मेरी पत्नी/पति/पति नहीं ले रहा हूँ और न ही भविष्य में लूँगा।

AGREEMENT by APPLICANT (अर्शक द्वारा सहमति)

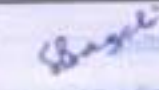
- 1) By affixing my signature or thumb impression on this Form, I (Applicant) hereby agree & authorise Koshika Foundation and its Trustees to use/publish/put-up/reproduce my name, address, photo & details of the "purpose", for which such assistance is requested/granted, through any medium, including but not limited to verbal, print, electronic, for soliciting donations for Koshika Foundation and/or disseminating information about its 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 प्रपत्र पर अपनी हस्ताक्षर या अंगूठे की छाप लगाकर, मैं (अर्शक) अपनी जानकारी की पुष्टि करता हूँ एवं "कोशिका फाउंडेशन और इसके भरोसे" को अधिकृत करता हूँ कि वे मेरा नाम, पता, फोटो और मेरे विवरण इस प्रपत्र में घोषित हैं, उसे "कोशिका" द्वारा प्रकाशित, प्रसारित, प्रकाशित करने के माध्यम से मुझे धन/सहायता के लिये विज्ञापित करने के लिये उपयोग कर सकते हैं। मेरी जानकारी का उपयोग मेरी जानकारी के बिना या मेरे बिना के बिना "कोशिका फाउंडेशन" में प्रकाशित किया जा सकता है।
- 2) मैं (अर्शक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण मेरी सहायता के उद्देश्य के अंतर्गत हैं। मेरी सहायता का हस्ताक्षर नहीं करता। इस सम्बंध में "कोशिका" द्वारा उद्देश्य के अंतर्गत का निर्णय अंतिम और स्वीकार्य होगा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION:

अर्शक की हस्ताक्षर या अंगूठे का निशान

AGREEMENT by HOSPITAL (हॉस्पिटल द्वारा सहमति)

- 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 its 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 & its outcome & safety of the patient, and Koshika Foundation will have no role or responsibility in the matter.
- इससे अधिकृत, हस्ताक्षर की और से हमारे/हमारे की "कोशिका फाउंडेशन" से वित्तीय सहायता हेतु सिफारिश की जाती है, जिसे हम (हॉस्पिटल) निम्न प्रकार से मान्यता स्वीकार करते हैं।
- 1) यह कि हम न तो वर्तमान में न ही भविष्य में वित्तीय सहायता किसी और सहायता संगठन या किसी अन्य स्रोत से प्राप्त करने के लिये या से ले रहे हैं, बल्कि कि हमने "कोशिका फाउंडेशन" से सिफारिश/सिफारिश प्राप्त करने के लिये "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा प्राप्त हेतु कि है। यदि "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा सहायता किसी अधिकृत/सहायता हेतु प्रस्ताव नहीं किया जाता है तो हमारा किसी अन्य और सहायता संगठन या किसी अन्य स्रोत से सहायता लेने का अधिकार सुरक्षित रहता है। इस पुष्टि में स्पष्ट कहा जाता है कि हमारा सिफारिश प्राप्त करने के लिये किसी और सहायता संगठन या किसी अन्य स्रोत से नहीं ले रहे/लेगी।
2. "कोशिका फाउंडेशन" से जो कि सहायता संगठन वित्तीय प्रकृति की है। हमारे या हमारा द्वारा ही कि सहायता या बिना गैर उपचार/उपचार का प्रस्ताव देने एवं हस्ताक्षर के बिना या बिना है और "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई प्रस्ताव नहीं है। इसलिए हमारा है हमारे के हस्ताक्षर द्वारा और जाने जाने की सही सिफारिश देने एवं हस्ताक्षर की होगी और "कोशिका" की कोई भूमिका या जिम्मेदारी इस सम्बंध में नहीं होगी।

RECOMMENDED For (Tick Acceptance or Rejection as applicable) सिफारिश (स्वीकृत/निस्तुत का निश्चयन लगाने)		ACCEPTANCE सम्मत	REJECTION अस्विकृत
Date of Surgery ऑपरेशन की तारीख 09.10.2017	Dr. Alok Agrawal MS, FRCS (Gen Surg) Reg. No. 34755 (Name of Dr. & Regn. No. with Stamp) हॉस्पिटल का नाम व हस्ताक्षर व छाप	 Dr. Alok Agrawal Director Koshika Foundation & Research Centre (Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory on behalf of Hospital) जान व ज्ञान हस्ताक्षर अधिकृत अधिकारी	

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION (अन्तर्गत उपयोग हेतु)

SANCTIONED सम्मत	REJECTED अस्विकृत	SIGNATURE of TRUSTEE 1 जारी हस्ताक्षर 1	SIGNATURE of TRUSTEE 2 जारी हस्ताक्षर 2
			