

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE
सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)
(स्वास्थ्य देखभाल)



APPLICATION No. : under stamp :	K/1017/1062	APPLICATION DATE : under stamp :	10.10.17
------------------------------------	-------------	-------------------------------------	----------

NAME of APPLICANT : <u>CHHAYED MOLLA</u>	AGE-YEARS <u>50</u>	SEX <u>M</u>
--	---------------------	--------------

FATHER'S/SPOUSE'S NAME : RAHAMATULY MOLLA

PRESENT RESIDENCE ADDRESS **কল্যাণী মিনাকান নর্থ ২৭**
KOLASHINI MINAKHAN, NORTH 27
PARAGANAS 743425, WEST BENGAL

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS : १४०१ ३४४४४४ १४०१	
--	--

— D.S. ABOVE —

OCCUPATION : FARMER

TOTAL ANNUAL INCOME : RS. 16000 x 12 = 19,200/- (Attach Proof of Income)
(आप का वार्षिक आय)

PAN No.	2222	2222	2222
---------	------	------	------

ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable): Yes ☒ No ☐
 क्या आप आयकर का शीर्षक हैं / (जो लागू हो उस पर सही का चिह्न लगाएं)

[illegible]

BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable)			
सहायता के लिए वित्ति 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) उपभोक्ता कार्ड (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें)	Any Other Basis/Proof अन्य कोई साक्ष्य

"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE:	
सहायता हेतु किसे मदद मिलनी का उद्देश्य:	

Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached अनुसंधान/वैद्य से जारी की गई प्रतिवेदन सूची संलग्न
1.	DIAGNOSIS - CATARACT - LE
2.	SURGERY - LE (JACS + IOL)

ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES
 इस उद्देश्य के लिए कोई अन्य सहायता किसी अन्य स्रोत से लिया गया हो?

Sr. No. क्रम संख्या	NAME of OTHER SOURCE अन्य स्रोत का नाम	AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILED यदि कोई सहायता मिली

DECLARATION by APPLICANT: (आवेदक द्वारा घोषणा करें):

- 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 applicable 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 इससे मेरी सहायता निरस्त की जा सकती है।
- 2) मैं घोषणा करता हूँ कि "कोशिका फाउंडेशन", से ली जा रही है, उसका उपयोग उद्योत उद्देश्य की पूर्ति के लिये किया जायेगा, जो इस प्रकरण में बताया गया है।
- 3) मैं घोषणा करता हूँ कि मैं या मेरा परिवार इस या उद्देश्य को नहीं है, उस राशि का अधिक या समतुल्य किसी अन्य स्रोत/रोजगार/बीमा कंपनी से न ले लिया है और न ही भविष्य में लूँगा।

AGREEMENT by APPLICANT (आवेदक द्वारा करार)

- 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 प्रकरण में अपने हस्ताक्षर या अंगुली की छाप लगाकर, मैं (आवेदक) अपनी जानकारी की पुष्टि करता हूँ एवं "कोशिका फाउंडेशन और इसके भरोदारों" को अधिकृत करता हूँ कि वे मेरा नाम, पता, फोटो और मेरे विवरण इस प्रकरण में जोड़ सकते हैं, इसे "कोशिका" एम्बेड कर सकते हैं, या, आवश्यकतानुसार उद्देश्य से कुछी गतिविधियों और उपलब्धियों के लिये किसी भी प्रकार माध्यम से प्रसारित करने के लिये अधिकृत है। मैं इसका यह विवरण भी समझता हूँ कि वे मेरे नाम या पता से मेरे बारे में लिये "कोशिका फाउंडेशन" में गयी अधिकृत है।
- 2) मैं (आवेदक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण को कि सहायता के उद्देश्य से प्रसारित है मुझे पता: सहायता का हस्ताक्षर नहीं करता। इस सम्बंध में "कोशिका" एम्बेड करने वाले किसी भी माध्यम और जानकारी होगा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION:

आवेदक के हस्ताक्षर या अंगुली का निशान

**AGREEMENT by HOSPITAL (हॉस्पिटल द्वारा करार)**

- 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, इसलिये की और से सार्वजनिक को "कोशिका फाउंडेशन" से वित्तीय सहायता हेतु सिफारिश की जाती है, जिसे हम (हॉस्पिटल) निम्न प्रकार से मान्यता दे रहे हैं:
- 1) यह कि न तो हमारी और न ही भविष्य में वित्तीय सहायता किसी भी सार्वजनिक या किसी अन्य स्रोत से प्राप्त होगी क्योंकि हम कोशिका फाउंडेशन से ही सहायता प्राप्त करने की कोशिश कर रहे हैं। यदि कोशिका फाउंडेशन द्वारा सहायता नहीं दी जाती है, तो हम अपने अभाव को पूराने के लिए किसी अन्य स्रोत से सहायता लेने का अधिकार सुरक्षित रखते हैं। इस दृष्टि में स्पष्ट कहा जाय है कि सहायता वित्तीय प्रकार का होगा और कोशिका फाउंडेशन को इस मामले में कोई भूमिका नहीं होगी।
2. "कोशिका फाउंडेशन" से ली गई सहायता केवल वित्तीय प्रकृति की है। रोगी या हॉस्पिटल द्वारा दी गई सहायता या दिये गये उपचार/प्रक्रिया का चुनाव रोगी एवं हॉस्पिटल के बीच का विषय है और "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई रचना नहीं है। इसलिये हॉस्पिटल में रोगी के उपचार गुण और जाने जाने की सभी जिम्मेदारियाँ रोगी एवं हॉस्पिटल की होती हैं और "कोशिका" को कोई भूमिका या जिम्मेदारी इस मामले में नहीं होगी।

RECOMMENDED For (Tick Acceptance or Rejection as applicable) संस्तुति (सवीकृत/निरस्त का निश्चय लगाने)		ACCEPTANCE सवीकृत	REJECTION निरस्त
Date of Surgery ऑपरेशन की तारीख 10.10.18	 Dr. Arindam Deb MBBS, DO, FRCS Reg. No. 58096 (Name of Dr. & Regn. No. with Stamp) डॉक्टर का नाम व हस्ताक्षर व छाप, व	 Dr. Bankar Bogchi Director Sanku Eye Foundation & Research Centre (Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory on behalf of Hospital) नाम व पद हॉस्पिटल अधिकृत अधिकारी	

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION (आन्तरिक उपयोग हेतु)

SANCTIONED सवीकृत	REJECTED निरस्त	SIGNATURE of TRUSTEE 1 आजी इलाकर 1	SIGNATURE of TRUSTEE 2 आजी इलाकर 2