

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE सहायता हेतु आवेदन प्रारूप		(Healthcare) (स्वास्थ्य देखभाल)		 Koshika foundation Building block of life	
APPLICATION No.: K/0918/1105 आवेदन संख्या:		APPLICATION DATE: 03.09.18 आवेदन तिथि			
NAME of APPLICANT: KALURADDI MOLLA आवेदक का नाम		AGE-YEARS आयु-वर्ष SS	SEX लिंग M		
FATHER'S/SPOUSE'S NAME: YASIN MOLLA पिता/हस्तुम्य का नाम					
PRESENT RESIDENCE ADDRESS वर्तमान आवास पता MATHER PARA PURBA, KUMARSA CHAK, CANNING, SOUTH 24 PARGANAS, WEST BENGAL					
PERMANENT RESIDENCE ADDRESS स्थाई आवास पता AS ABOVE					
OCCUPATION: LABOURER व्यवसाय					
TOTAL ANNUAL INCOME: RS. 2000 x 12 = 24,000/- कुल वार्षिक आय		(Attach Proof of Income) (आप का साक्ष्य संलग्न)			
PAN No. स्थाई खाता संख्या					
ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable): Yes / हाँ / नहीं नहीं / 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.	KALURADDI MOLLA	SS	M	SELF	
2.	ACHIYA MOLLA	48	F	WIFE	
3.	ATLYAR MOLLA	25	M	SON	
4.	AJGAR MOLLA	22	M	SON	
BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable) सहायता के लिए विनति आधार					
BPL Card (Attach Card Copy) गरीबी रेषा के नीचे प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें।)		EWS Certificate (Attach Certificate Copy) अल्प 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 किये गये विनती 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 (SIC 87101)				
ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES इस उद्देश्य के हेतु 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 ली गई सहायता राशि	

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 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 घोषणा करता हूँ कि इस फॉर्म में दिये गये सभी विवरण सही एवं सत्य हैं। यदि कोई झूठा बयान एवं कथन अलग रास्ता जाया है तो मेरी सहायता निरस्त की जा सकती है।
- 2) मैं इस बात को सहायता के लिए "कॉशिका फाउन्डेशन", से लो या रही है, इसका उपयोग इसी उद्देश्य को पूर्ति के लिये किया जाएगा, जो इस फॉर्म में बताना था।
- 3) मैं यहाँ घोषणा करता हूँ कि मैंने भविष्य में भी यह रास्ता नहीं लेगा, उस रास्ता का अधिक या समस्त हिस्सा किसी अन्य स्रोत/नियोक्ता/बीमा कम्पनी 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 donation to 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 fulfilment 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 फॉर्म पर अपने हस्ताक्षर या ओंठ के दाग लगाकर, मैं (आवेदक) अपनी सहमति को पुष्टि करता हूँ एवं "कॉशिका फाउन्डेशन और इसके न्यासीयों" को अधिकृत करता हूँ कि वे मेरा नाम, पता, फोटो और जो विवरण इस फॉर्म में घोषित है, उसे "कॉशिका" एम्बुल्स न्यासी, दान, वाचनाय/दुसरे उद्देश्य से जुड़ी गतिविधियों और उपलब्धियों के लिये किसी भी प्रकार माध्यम से प्रसारित करने के लिए अधिकृत है। मैं इसका उपयोग मेरे इलाज के पहले या बाद में करने के लिए "कॉशिका फाउन्डेशन" से न्यासी अधिकृत है।
- 2) मैं (आवेदक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण जो कि सहायता के उद्देश्यों से प्रसारित है मुझे स्वतः सहायता का हकदार नहीं करता। इस सम्बंध में "कॉशिका" एम्बुल्स न्यासीयों का निर्णय अंतिम और स्वीकार्य होगा।

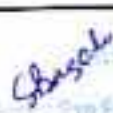
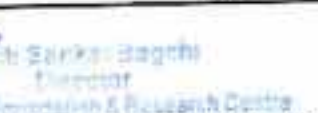
APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION :

आवेदक के हस्ताक्षर या ओंठ का निशान

**AGREEMENT by HOSPITAL (हस्पताल 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.

- हमारे अधिकृत, हस्ताक्षर की ओर से मामले/रोगी को "कॉशिका फाउन्डेशन" से वित्तीय सहायता हेतु सिफारिश की जाती है, जिसे हम (हस्पताल) निम्न प्रकार से मान्य व स्वीकार करते हैं।
- 1) यह कि न तो वर्तमान और न ही भविष्य में वित्तीय सहायता किसी और सहायता स्रोत या किसी अन्य स्रोत से उक्त रोगी/मरीज से लेंगे या ले रहे हैं, बल्कि हमने "कॉशिका फाउन्डेशन" से सिफारिश/विशेष उक्त के सम्बंध में "कॉशिका फाउन्डेशन" द्वारा प्रदान हेतु कि है। यदि "कॉशिका फाउन्डेशन" द्वारा सहायता निरस्त अंशिक/समस्त हेतु मंजूर नहीं किया जाता है तो हस्पताल किसी अन्य और सहायता स्रोत या किसी अन्य संस्था/संस्थान से सहायता लेने का अधिकार सुरक्षित रखता है। इस पृष्ठ में स्पष्ट कहा जाता है कि हस्पताल द्वितीय पहर उक्त रोगी/मरीज हेतु किसी भी साकारी सम्बन्ध या किसी अन्य माध्यम से नहीं लेगा/लेगी।
2. "कॉशिका फाउन्डेशन" से लो या सहायता केवल वित्तीय प्रकृति की है। रोगी का हस्पताल द्वारा दी गई सलाह या किये गये उपचार/प्रक्रिया का चुनाव रोगी एवं हस्पताल के बीच का विषय है और "कॉशिका फाउन्डेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई दबाव नहीं है। इसलिए हस्पताल में रोगी के इलाज सुरक्षा और अन्य चर्चा को सही विधि/रूपी रोगी एवं हस्पताल को होगा और "कॉशिका" को कोई भूमिका या जिम्मेदारी इस मामले में नहीं होगी।

RECOMMENDED For (Tick Acceptance or Rejection as applicable) संस्तुति (स्वीकृत/निरस्त का निराकरण लगाये)		ACCEPTANCE मंजूर	REJECTION नमंजूर
Date of Surgery अंशुराज की तारीख 03.09.18	Dr. Alok Agrawal MB, BS, FRCS(EYE) FRCSEd Reg. No. 34, 3 (Name of Dr. & Regn. No. with Stamp) डाक्टर का नाम व हस्ताक्षर व रजि. नं.	  (Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory on behalf of Hospital) नाम व पद हस्पताल अधिकृत अधिकारी	

FOR INTERNAL USE of KOSHIIKA FOUNDATION अन्तरिक उपयोग हेतु

		SIGNATURE of TRUSTEE 1 न्यासी हस्ताक्षर 1	SIGNATURE of TRUSTEE 2 न्यासी हस्ताक्षर 2
SANCTIONED संस्तुति	REJECTED नमंजूर	