

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE

सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)

(स्वास्थ्य देखभाल)



APPLICATION No. : **K1121811983** APPLICATION DATE : **13/12/13.**
 आवेदन संख्या : आवेदन तिथि

NAME of APPLICANT : **MAJET MOLYA.** AGE-YEARS **68** SEX **M**
 आवेदन का नाम आयु-वर्ष लिंग

FATHER'S/SPOUSE'S NAME : **RAHAMAN.**
 पिता/सहोदर का नाम

PRESENT RESIDENCE ADDRESS : **SHANHA SHERER ROAD KONDHAWALLI
 BARAKATI SOUTH 24 PARAGANNA WEST BENGAL.**

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS : **AS ABOVE**



OCCUPATION : **UNEMPLOYED.** MARKED (निर्वाचित) / UNMARKED (अनिर्वाचित)

TOTAL ANNUAL INCOME : **NIL** (Attach Proof of Income) (आप का वार्षिक आय)

PAN No. **XXXX XXXX XXXX**

ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable): **Yes / No**
 क्या आप आय कर दाता हैं (जो लागू हो उसे चिह्नित करें) हाँ / नहीं

FAMILY DETAILS परिवार विवरण				
Sr. No. क्रम संख्या	Name of Family Member परिवार के सदस्य का नाम	Age (Years) उम्र (वर्ष)	Gender लिंग	Relation with Applicant आवेदन के साथ संबंध
1.	MAJET MOLYA	68	M	SELF
2.	RAHMANA BIBI	56	F	WIFE
3.	SULTAN MOLYA	32	M	SON

BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable)
 सहायता के लिए निम्न आधार

<input type="checkbox"/> BPL Card (Attach Card Copy) रटीसी कार्ड के साथ प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की प्रतिलिपि जोड़ना पड़ेगी)	<input type="checkbox"/> EWS Certificate (Attach Certificate Copy) एयस एन सी प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की प्रतिलिपि जोड़ना पड़ेगी)	<input type="checkbox"/> Ration Card (Attach Copy) उपभोग्य कार्ड (प्रमाण पत्र की प्रतिलिपि जोड़ना पड़ेगी)	<input type="checkbox"/> Any Other Basis/Proof अन्य कोई प्रमाण
---	--	--	---

"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE:
 सहायता हेतु निम्न लक्ष्य का उद्देश्य:

Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached आपका/आपकी से जुड़ी लक्ष्य का उद्देश्य प्रमाण पत्र
1.	DIAGNOSTIC - CATARACT - RE.
2.	SURGERY - RE (SUSANOL)

ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES
 इस उद्देश्य के हेतु कोई अन्य सहायता किसी अन्य स्रोत से प्राप्त हुई है?

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

DECLARATION by APPLICANT: (अर्थक दात नीचे 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/termination.
 - 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 पर बताना हूँ कि इस प्रकार के निवेदन को प्राप्त करने के लिए मैंने अपने ज्ञान के अनुसार सच कहा है। यदि कोई झूठा बयान दिया गया है तो मेरी सहायता निरस्त की जा सकती है।
 - 2) मैं इस बात को यकीनपूर्वक "कॉशिका फाउंडेशन", से सहायता प्राप्त करने के लिए कह रहा हूँ, जो कि केवल उसी उद्देश्य के लिए ही है, जिसके लिए मैंने सहायता मांगी है।
 - 3) मैं यहाँ पर बताना हूँ कि मैंने सहायता मांगी है, जो कि केवल उसी उद्देश्य के लिए ही है, जो कि मैंने सहायता मांगी है।

AGREEMENT by APPLICANT (अर्थक दात नीचे पर)

- 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-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 in this regard will be final and acceptable to me.
- 1) इस प्रकार का अपने हस्ताक्षर या अंगूठे की छाप लगाकर, मैं (अर्थक) यहाँ पर सहमत हो रहा हूँ कि "कॉशिका फाउंडेशन और इसके ट्रस्टियों" को अधिकृत बताना हूँ कि वे मेरा नाम, पता, फोटो और मेरे विवरण इस प्रकार के उद्देश्य के लिए, जो कि "कॉशिका फाउंडेशन" द्वारा मांगे गए हैं, के लिए प्रचारित करने के लिए उपयोग कर सकते हैं। इस प्रकार का प्रचारित करने के लिए मैंने "कॉशिका फाउंडेशन" से सहायता मांगी है।
 - 2) मैं (अर्थक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण को इस उद्देश्य के लिए प्रचारित करने के लिए मैंने "कॉशिका फाउंडेशन" से सहायता मांगी है।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION :

अर्थक के हस्ताक्षर या अंगूठे का निशान



AGREEMENT by HOSPITAL (हॉस्पिटल दात नीचे पर)

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.

हमारे अधिकृत, हस्ताक्षर की ओर से यहाँ पर "कॉशिका फाउंडेशन" से वित्तीय सहायता मांगी जा रही है, जो कि हम (हॉस्पिटल) निम्न प्रकार से सच बताने वाले हैं।

- 1) कि हम न तो वर्तमान में और न ही भविष्य में वित्तीय सहायता किसी भी अन्य स्रोत से प्राप्त करने के लिए किसी भी अन्य स्रोत से सहायता मांग रहे हैं, जो कि हम "कॉशिका फाउंडेशन" से वित्तीय सहायता मांग रहे हैं, जिसके लिए हमें सहायता मिलेगी। यदि सहायता किसी भी अन्य स्रोत से प्राप्त नहीं होती है, तो हमें सहायता मांगने के लिए किसी भी अन्य स्रोत से सहायता मांगने का अधिकार सुरक्षित रहता है। इस प्रकार से सहायता मांगी जा रही है कि सहायता केवल वित्तीय सहायता के लिए ही है।
- 2) "कॉशिका फाउंडेशन" से सहायता केवल वित्तीय सहायता के लिए ही है। हमारे पास सहायता मांगने के लिए किसी भी अन्य स्रोत से सहायता मांगने का अधिकार सुरक्षित रहता है। हमारे पास सहायता मांगने के लिए किसी भी अन्य स्रोत से सहायता मांगने का अधिकार सुरक्षित रहता है।

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE
स्वीकृति के लिए अनुमति

Date of Surgery अपरेशन की तिथि 13/12/18	Dr. A. Kundu MBBS, MS (Name of Dr. & Regn. No. with Stamp) Surgeon 	 Shih Sankar Bagchi Director (Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory on behalf of Hospital) हमारे पास सहायता मांगी जा रही है
--	--	--

FOR INTERNAL USE of KOSHKA FOUNDATION आंतरिक उपयोग के लिए

SIGNATURE of TRUSTEE 1 नामों हस्ताक्षर 1	SIGNATURE of TRUSTEE 2 नामों हस्ताक्षर 2
	