

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE (Healthcare)				Koshika foundation Building Health of life	
सहायता हेतु आवेदन प्रारूप				(स्वास्थ्य देखभाल)	
APPLICATION No.: K/1248/1990		APPLICATION DATE: 13/12/18			
NAME of APPLICANT: AMUDALI MOLLA		AGE-YEARS 65		SEX M	
FATHER'S/SPOUSE'S NAME: BAHAR MOLLA					
PRESENT RESIDENCE ADDRESS: BARSA LITAR PARA DHUTURJAHIA, MURAKHAN NORTH 24 PARGANAS DISTRICT, WEST BENGAL					
PERMANENT RESIDENCE ADDRESS: AS ABOVE					
OCCUPATION: UNEMPLOYED				MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)	
TOTAL ANNUAL INCOME: NIL				(Attach Proof of Income)	
ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable): Yes / No					
FAMILY DETAILS (पारिवारिक विवरण)					
Sr. No.	Name of Family Member	Age (Years)	Gender	Relation with Applicant	
1.	AMUDALI MOLLA	65	M	SELF	
2.	BAHAR MOLLA	55	F	WIFE	
3.	KHALID MOLLA	30	M	SON	
BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable)					
BPL Card (Attach Card Copy)		EWS Certificate (Attach Certificate Copy)		Ration Card (Attach Copy)	
Any Other Basis/Proof		Any Other Basis/Proof		Any Other Basis/Proof	
"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE:					
Medical Reports/Prescriptions Attached					
1. DIAGNOSIS - CATARACT - R.E.					
2. SURGERY - R.E (SCLEROTOL)					
ASSISTANCE BEING AWAIRED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES					
NAME of OTHER SOURCE					
AMOUNT of ASSISTANCE BEING AWAIRED					

DECLARATION by APPLICANT: (अर्शक 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 घोषणा करता हूँ कि इस प्रारूप में दिये गये सभी विवरण मेरी जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई विवरण सत्य नहीं माना जाय तो मेरी प्रार्थना निराश हो जा सकती है।
- 2) मैं घोषणा करता हूँ कि "कोशिका फाउंडेशन", से जो भी मदद मिले, उसका उपयोग केवल उद्देश्य को पूर्ण करने के लिए किया जाएगा, जो इस प्रारूप में मंगल है।
- 3) मैं घोषणा करता हूँ कि मैं इस प्रार्थना हेतु या भविष्य में नहीं, इस उद्देश्य के लिए किसी अन्य स्रोत/रोजगार/बीमा कंपनी से न तो रकम ले रहा हूँ और न ही लेना चाहता हूँ।

AGREEMENT by APPLICANT (अर्शक द्वारा सहमति)

1) By affixing my signature or thumb impression on this Form, I (Applicant) hereby agree & authorize Koshika Foundation and its 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 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 प्रारूप पर मेरी हस्ताक्षर या मुद्रा लगाकर, मैं (अर्शक) कोशिका फाउंडेशन और इसके भरोसेदारों को सहमत करता हूँ कि वे मेरा नाम, पता, फोटो और मेरे विवरण इस प्रारूप में प्रकाशित करें, जो "उद्देश्य" के लिए मदद मांगी जा रही है, जिसके लिए मदद मांगी जा रही है। इस मदद का उपयोग कोशिका फाउंडेशन और/या उसके गतिविधियों/उत्पत्तियों के बारे में जानकारी के लिए किया जा सकता है।
- 2) मैं (अर्शक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण को बिना किसी भी शर्त के प्रकाशित करने से मुझे मदद मिलने का कोई भी अधिकार नहीं होगा। मदद देने का फैसला कोशिका फाउंडेशन के भरोसेदारों के पास होगा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION :

अर्शक के हस्ताक्षर या बाएं 엄指 की छाप

**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 सहमत करता हूँ कि हम (हॉस्पिटल) कोशिका फाउंडेशन से वित्तीय सहायता हेतु किसी भी रोगी के लिए मदद मांग रहे हैं, जिसे हम (हॉस्पिटल) कोशिका फाउंडेशन से मदद मांग रहे हैं।

- 1) यह कि मैं या मेरा हॉस्पिटल कोशिका फाउंडेशन से वित्तीय सहायता हेतु किसी भी रोगी के लिए मदद मांग रहे हैं, जो कोशिका फाउंडेशन से मदद मांग रहे हैं। यदि कोशिका फाउंडेशन से मदद नहीं मिलती है, तो हम (हॉस्पिटल) कोशिका फाउंडेशन से मदद मांग रहे हैं।
- 2) कोशिका फाउंडेशन से मदद केवल वित्तीय प्रकृति की है। रोगी के उपचार का फैसला रोगी और हॉस्पिटल के बीच होता है और कोशिका फाउंडेशन से मदद मांगने से रोगी के उपचार पर कोई भी प्रभाव नहीं पड़ेगा।

हम (हॉस्पिटल) कोशिका फाउंडेशन से मदद मांग रहे हैं, जो कोशिका फाउंडेशन से मदद मांग रहे हैं। हम (हॉस्पिटल) कोशिका फाउंडेशन से मदद मांग रहे हैं, जो कोशिका फाउंडेशन से मदद मांग रहे हैं।

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE

रोगी के लिए अनुमति

Date of Surgery अर्शक की तारीख 13/12/18	Dr. A. Kundu MBBS, MS (Name of Dr. & Regn. No. with Stamp) Sushant Eye Hospital & Research Centre	Shri. Sankar Bagchi (Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory) Sushant Eye Hospital & Research Centre हम यहाँ पर हस्ताक्षर कर रहे हैं
---	--	---

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION (अर्शक के लिए)

SIGNATURE of TRUSTEE 1 भरोसेदार 1	SIGNATURE of TRUSTEE 2 भरोसेदार 2