

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE  
सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)  
(स्वास्थ्य देखभाल)



APPLICATION No. : K/1119/2030 APPLICATION DATE : 8/11/2019

NAME of APPLICANT : MD ABDUL WABUD MOLLA AGE-YEARS : 55 SEX : M

FATHER'S/SPOUSE'S NAME : HAJI ASMATULLAH MOLLA

PRESENT RESIDENCE ADDRESS : UTTAR DEBIPUR, CHAMPA BAIKHURIA, NORTH 24 PARGANAS 743291, WEST BENGAL

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS : AS ABOVE



OCCUPATION : LABOURER MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)

TOTAL ANNUAL INCOME : RS 2000 X 12 = 24000/- (Attach Proof of income)

ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable):

Yes / No हाँ / 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 संबंध
1.	MD ABDUL WALIA MOLLA	55	M	SELF
2.	SEAINA BEGUM	51	F	WIFE
3.	MD MASSUM	29	M	SON
4.	IBNUL ARABIA	33	M	SON

BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable)

BPL Card (Attach Card Copy) गरीबी रेषा के नीचे उपान पर (उपान पर की छाव प्रति संलग्न करो)	EWS Certificate (Attach Certificate Copy) अल्प आय वर्ग उपान पर (उपान पर की छाव प्रति संलग्न करो)	Ration Card (Attach Copy) उपभोग्यता कार्ड (उपान पर की छाव प्रति संलग्न करो)	Any Other Basis/Proof अन्य कोई प्रमाण
---	---	--	--

\*PURPOSE\* for REQUESTING ASSISTANCE:  
सहायता हेतु किसे क्या निष्पत्ती 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 (SICS + IOL)

ASSISTANCE BEING AWAIRED 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 AWAIRED सी गई सहायता राशि

**DECLARATION by APPLICANT: आवेदक द्वारा घोषणा करना:**

- 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 प्रकरण में दिये गये सभी विवरण मेरे ज्ञानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई विवरण सत्य ज्ञान अथवा सत्य बात है तो मेरी सहायता निरास की जा सकती है।
  - 2) मैं इस बात को सहायता पत्र "कोशिका फाउण्डेशन", से ही वांछित है, उसका उपयोग उन्हीं उद्देश्यों को पूर्ण करने के लिये किया जाएगा, जो इस प्रकरण में प्राप्त किया है।
  - 3) मैं पुष्टि करता हूँ कि भविष्य में मैं किसी भी प्रकार से, इस सहायता के अतिरिक्त या अलग किसी किसी अन्य स्रोत/रोजगार/बीमा कंपनी से न कोई सहायता प्राप्त करूँगा और न ही भविष्य में करूँगा।

**AGREEMENT by APPLICANT (आवेदक द्वारा करण)**

- 1) By affixing my signature or thumb impression on this Form, I (Applicant) hereby agree & authorise Koshika Foundation and its Trustees to use/publish/print/photograph/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 पर अपने हस्ताक्षर या अंगूठे का छाप लगाकर, मैं (आवेदक) अपने ज्ञानकारी को पुष्टि करता हूँ एवं "कोशिका फाउण्डेशन और इसके 'ट्रस्टी' " को अधिकृत करता हूँ कि वे मेरा नाम, पता, फोटो और मेरे विवरण इस प्रकरण में प्रकाशित करें, इसे "कोशिका फाउण्डेशन" द्वारा प्रकाशित, प्रसारित, प्रकाशित करने के लिये उद्देश्यों से प्रकाशित करने के लिये उपयोग करें और उपलब्धियों के लिये विवरण को प्रकाशित करने के लिये अधिकृत है। मेरे प्रकरण का निराला मेरे प्रकरण के पत्रों पर करने के लिये "कोशिका फाउण्डेशन" व 'ट्रस्टी' अधिकृत है।
  - 2) मैं (आवेदक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण को किसी भी प्रकार से प्रकाशित करने के लिये अधिकृत है। प्रकाशित करने का अधिकार नहीं करता। इस सम्बंध में "कोशिका फाउण्डेशन" द्वारा उद्देश्यों का निर्देश अधिकृत और सहायकारी होगा।

**APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION :**

आवेदक के हस्ताक्षर या अंगूठे का निशान



**AGREEMENT by HOSPITAL (हस्पताल द्वारा करण)**

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.

इसमें अधिकृत, हस्ताक्षर को और से सहायता/उपचार को "कोशिका फाउण्डेशन" से वित्तिय सहायता हेतु सिफारिश की जाती है, बिना इस (हस्पताल) द्वारा प्रस्ताव से अन्य सहायता नहीं करे।

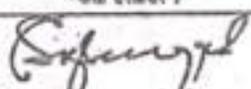
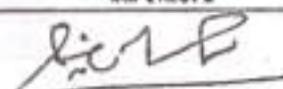
- 1) यह कि न तो वर्तमान और न ही भविष्य में वित्तिय सहायता किसी भी प्रकार से संभव या किसी अन्य स्रोत से उम्मीद करने से हमें या से रहे हैं, बल्कि कि हमने "कोशिका फाउण्डेशन" से सिफारिश/सिफारिश के अन्तर्गत "कोशिका फाउण्डेशन" द्वारा प्राप्त हेतु कि है। यदि "कोशिका फाउण्डेशन" द्वारा सहायता निरास/असमर्थन हेतु प्रस्ताव नहीं किया जाता है तो हस्पताल किसी अन्य स्रोत से सहायता संभव या किसी अन्य सहायता से सहायता लेने का अधिकार सुरक्षित रखता है। इस पुष्टि में स्पष्ट कहा जाता है कि हस्पताल द्वारा उम्मीद करने हेतु सहायता/उपचार को सिफारिश करने के लिये सहायता/उपचार को नहीं सहायता/उपचार।
2. "कोशिका फाउण्डेशन" से ही वांछित सहायता वित्तिय प्रकृति की है। उन्हीं पर हस्पताल द्वारा ही वांछित सहायता या बिना कभी सहायता/उपचार का प्रस्ताव देने एवं हस्पताल को सहायता/उपचार के लिये "कोशिका फाउण्डेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई प्रस्ताव नहीं है। इसलिये हस्पताल में उन्हीं के द्वारा सहायता/उपचार और उन्हीं को सहायता/उपचार देने एवं हस्पताल की सहायता/उपचार को ही सहायता/उपचार या बिना उन्हीं से सहायता/उपचार नहीं करेगी।

**RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE**

स्वीकृति के लिये अनुमति

Date of Surgery ऑपरेशन की तारीख <b>8/11/2019</b>	Dr. Harshankar Neg MBBS, MS. (OPHTH) 5444 NO-68658 (Name of Dr. & Regn. No. with Stamp) डॉक्टर का नाम व हस्ताक्षर व छाप	Sh. Shankar Bagchi Director (Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory on behalf of Hospital) नाम व पद हस्पताल अधिकृत अधिकारी
--	--	--

**FOR INTERNAL USE OF KOSHIKA FOUNDATION** आन्तरिक उपयोग हेतु

SIGNATURE of TRUSTEE 1 आन्तरिक हस्ताक्षर 1 	SIGNATURE of TRUSTEE 2 आन्तरिक हस्ताक्षर 2 
--	---