

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE (Healthcare)		(स्वास्थ्य हेतु आर्थिक सहायता)	
APPLICATION No. : K/0224/1323		APPLICATION DATE : 25/02/24	
NAME of APPLICANT : AKBAR ALI MOLLA		AGE-YEARS : 74	SEX : M
FATHER'S/SPOUSE'S NAME : KABIR MOLLA			
PRESENT RESIDENCE ADDRESS : JELIAKHALI HANRIRAM PARA, NORTH TWENTY FOUR PARGANAS JASSDA WEST BENGAL			
PERMANENT RESIDENCE ADDRESS : AS ABOVE			
OCCUPATION : FARMER		MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित) : ☒ / ☐	
TOTAL ANNUAL INCOME : 6500 X 12 = 78,000/-		(Attach Proof of Income)	
PAN No. : XXXXXX1234			
ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable): ☒ Yes / ☐ No			
FAMILY DETAILS			
Sr. No.	Name of Family Member	Age (Years)	Gender
1.	AKBAR ALI MOLLA	74	M
2.	AMARJINA B/BI	69	F
3.	BAKIBULLA MOLLA	45	M
4.	MANATA 2 KHATUN	40	F
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
"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE			
Sr. No.	Medical Reports/Prescriptions Attached		
1.	DIAGNOSIS — CATARACT — LE		
2.	SURGERY — LE (SIOS + IOL)		
ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES			
Sr. No.	NAME of OTHER SOURCE	AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILED	

DECLARATION by APPLICANT: (अर्शेदक द्वारा घोषणा: यह)

- 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 दिए गए सभी विवरण मेरी जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई विवरण एवं वास्तव असत्य पाया जाता है तो मेरी सहायता निरस्त की जा सकती है।
- 2) मैं द्वारा जो सहायता मुझे "कोशिका फाउन्डेशन" से मिलेगी वह केवल इस उद्देश्य के लिए ही होगी, जिसके लिए मैं इस प्रकरण में सहायता मांग रहा हूँ।
- 3) मैं पुष्टि करता हूँ कि मैं इस सहायता हेतु एक प्रत्येक की राशि को, उस राशि का अंशिक या पूर्णतः निरस्त किसी अन्य स्रोत/विधायक/बीमा कंपनी से न ले रहा हूँ और न ही भविष्य में लूँगा।

AGREEMENT by APPLICANT: (अर्शेदक 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 पर अपने हस्ताक्षर या अंगूठे की छाप लगाकर, मैं (अर्शेदक) अपनी छवि/विवरण को प्रकाशित करूँ एवं "कोशिका फाउन्डेशन और इसके भरोदारों" को अधिकृत करता हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और जो विवरण इस प्रकरण में घोषित है, उसे "कोशिका" एवम् भरोदारों, दान, वसुधा/वस्तु द्वारा उद्देश्य में जुटी गतिविधियों और उपलब्धियों के लिए किसी भी प्रकार माध्यम से प्रसारित करने में निरत अधिकृत है। मेरी प्रत्येक की विवरण पर इस प्रकार की छापों का प्रयोग करने के लिए "कोशिका फाउन्डेशन" से न्यायी अधिकृत है।

2) मैं (अर्शेदक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण को किसी सहायता की शर्तों/धाराओं में प्रयोग हेतु प्रयोग: सहायता का हस्ताक्षर नहीं करता। इस संबंध में "कोशिका" एवम् भरोदारों के निर्णय अंतिम और बाध्यकारी होंगे।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION:

अर्शेदक को हस्ताक्षर या अंगूठे 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 को और से संपर्क/रोगी को "कोशिका 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 भी सकारात्मक संस्था या किसी अन्य स्रोत से उक्त रोगी/मरीजों से लेने या ले रहे हैं, जैसे कि हमने "कोशिका फाउन्डेशन" से सिफारिश/विनियोजित उक्त की सहायता में "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा प्रदान हेतु कि है। यदि "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा सहायता विनियोजित अंशिक/पूर्णतः हेतु मंजूर नहीं किया जाता है तो अस्पताल किसी अन्य रोगी/मरीजों को सहायता से सहायता लेने का अधिकार सुरक्षित रखता है। इस पुष्टि में स्पष्ट कहा जाता है कि अस्पताल द्वितीय चरण उक्त रोगी/मरीजों हेतु किसी भी सकारात्मक संस्था या किसी अन्य स्रोत से नहीं लेगा/लेगी।

2. "कोशिका फाउन्डेशन" से लेने वाली सहायता केवल वित्तीय प्रकृति की है। रोगी का हस्पताल द्वारा लेने वाली सहायता या प्रदान करने उपचार/उपचार का चुनाव रोगी एवं हस्पताल के बीच का विषय है और "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई दबाव नहीं है। इसीलिए हस्पताल में रोगी के इलाज सुधार और अपने जाने की गति विनियोजित रोगी एवं हस्पताल की होगी और "कोशिका" को कोई भुवि का विनियोजित इस मामले में नहीं होगी।

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE

स्वीकृति के लिए संस्तुति

Date of Surgery
ऑपरेशन की तारीख

25/02/24

Dr. Sankar Das

(Name of Dr. & Regn. No. with Stamp)

हस्ताक्षर का नाम व इलाका संकेत

OPTIM ARNOLD DAS

Senior operation officer

(Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory)

SANKARA Jyoti Hospital

नाम व पर हस्ताक्षर अधिकृत अधिकारी

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION

आन्तरिक उपयोग हेतु

SIGNATURE of TRUSTEE 1

न्यायी हस्ताक्षर 1

SIGNATURE of TRUSTEE 2

न्यायी हस्ताक्षर 2