

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE

सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)

(स्वास्थ्य सहायता)



APPLICATION No: K/0225/1932 APPLICATION DATE: 13/1/25

NAME of APPLICANT: RAHAMATULLA MALLICK AGE: 70 SEX: M

FATHER'S/SPOUSE'S NAME: MAJIT MALLICK

PRESENT RESIDENCE ADDRESS: SE BARA CHEMICAL HOWRAH T-308 WEST BENGAL

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS: AS ABOVE



OCCUPATION: SMALL SHOP MARRIED (श्रीमती) / UNMARRIED (अविवाहित)

TOTAL ANNUAL INCOME: 6000 X 12 = 72000 (Attach Proof of Income)

PAN No. (आपका PAN नंबर)

ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Yes/No) (हाँ/नहीं)

Sl. No.	Name of Family Member	Age (Years)	Gender	Relation with Applicant
1.	RAHAMATULLA MALLICK	70	M	SELF
2.	AMIRA TULLA MALLICK	58	F	WIFE
3.	KIYAJ TULLA MALLICK	33	M	SON
4.	ASHIK TULLA MALLICK	36	M	SON
5.	ASPAK TULLA MALLICK	37	M	SON
6.	BESMA TULLA MALLICK	28	F	DAUGHTER
7.	MARVEENA TULLA MALLICK	25	F	DAUGHTER

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

Sl. No.	Medical Reports/Prescriptions Attached
1.	DIAGNOSIS — CATARACT — LE
2.	SURGERY — LE (SICS + IOL)

ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME PURPOSE from OTHER SOURCES

Sl. No.	NAME of OTHER SOURCE	AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILED

DECLARATION by APPLICANT (उम्मीदवार द्वारा किया गया)

- I hereby confirm that all details given in this form are true to the best of my knowledge. Any false information will make this Application & supporting assistance, if any, liable for rejection/cancellation.
- 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 is requested by me.
- I hereby confirm that I have not & will not in future, avail of reimbursement, in part or full, from any other insurance company with insurance company of the amount for which the assistance is requested.
- मैं यहाँ पर घोषणा करता हूँ कि इस प्रश्न में मैंने जो सभी विवरण दिये हैं, सबकुछ सच है। मैंने यहाँ पर घोषणा की है कि मैंने जो भी मदद मांगी है उसे मैं केवल उचित उद्देश्य के लिए ही उपयोग करूँगा।
- मैं यहाँ पर घोषणा करता हूँ कि मैंने भविष्य में भी किसी भी प्रकार की मदद मांगने का इरादा नहीं रखता।
- मैं यहाँ पर घोषणा करता हूँ कि मैंने भविष्य में भी किसी भी प्रकार की मदद मांगने का इरादा नहीं रखता।

AGREEMENT by APPLICANT (उम्मीदवार द्वारा किया गया)

- By affixing my signature or thumb impression on this form, I (Applicant) hereby agree & authorize Koshika Foundation and its Trustees to copy, publish, print, 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 solely in furthering treatment or fulfillment of the "purpose" for which assistance is being requested.
- 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 be automatically terminate on receiving or continuing the said assistance. The duration of a product/medication involving the assistance will rest solely with the Trustees of Koshika Foundation, and their decision in this regard will be final and irrevocable.
- मैं यहाँ पर घोषणा करता हूँ कि मैंने यहाँ पर अपना नाम, पता, फोटो और "उद्देश्य" के बारे में सभी विवरण दिये हैं, जो कि मैंने यहाँ पर मांगी मदद के लिए ही उपयोग करने के लिए अनुमति दी है। मैंने यहाँ पर घोषणा की है कि मैंने यहाँ पर मांगी मदद के लिए मैंने यहाँ पर अपना नाम, पता, फोटो और विवरण के लिए अनुमति दी है।
- मैं यहाँ पर घोषणा करता हूँ कि मैंने यहाँ पर अपना नाम, पता, फोटो और विवरण के लिए अनुमति दी है। मैंने यहाँ पर घोषणा की है कि मैंने यहाँ पर मांगी मदद के लिए मैंने यहाँ पर अपना नाम, पता, फोटो और विवरण के लिए अनुमति दी है।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION



AGREEMENT by HOSPITAL (हॉस्पिटल द्वारा किया गया)

By affixing her/his signature of our Authorized Signatory for recommending the case/operation for financial assistance from Koshika Foundation, we (Hospital) hereby affirm & accept following:

- that we neither are presently nor will in future avail of financial assistance from another NCC 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 such a request from another NCC or any other source.
- The assistance from Koshika Foundation is only financial in nature. The choice of the treatment/procedure administered by the Hospital on the patient is based on the arrangement between the patient & the Hospital, and in no way, assisted by Koshika Foundation. Hence, the Hospital will assume full & complete responsibility of the treatment & its outcome & safety of the patient, and Koshika Foundation will have no role or responsibility in the matter.
- हम यहाँ पर घोषणा कर रहे हैं कि हम यहाँ पर मांगी मदद के लिए हम यहाँ पर अपना नाम, पता, फोटो और विवरण के लिए अनुमति दी है।
- हम यहाँ पर घोषणा कर रहे हैं कि हम यहाँ पर मांगी मदद के लिए हम यहाँ पर अपना नाम, पता, फोटो और विवरण के लिए अनुमति दी है।
- हम यहाँ पर घोषणा कर रहे हैं कि हम यहाँ पर मांगी मदद के लिए हम यहाँ पर अपना नाम, पता, फोटो और विवरण के लिए अनुमति दी है।

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE
स्वीकृति के लिए अनुमति

Date of Surgery
कार्य के तिथि
13/02/25

Dr. Shashik Das
Director
M.S.B.S. M.3 (Gold Medalist)
F.I.C. (Name of Dr. & Regn. No. with Stamp)

Dr. Shashik Das
(Name, Designation & Stamp of Authorized Signatory on behalf of Hospital)

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION (आंतरिक उपयोग के लिए)

SIGNATURE of TRUSTEE 1
नाम दर्शाएँ।
Sufyan

SIGNATURE of TRUSTEE 2
नाम दर्शाएँ।
[Signature]