

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE सहायता हेतु आवेदन प्रारूप		(Healthcare) (स्वास्थ्य सहायता)	 Building block of life	
APPLICATION No.: आवेदन संख्या :	K/0324/1470	APPLICATION DATE : आवेदन तिथि :	20/3/24	
NAME of APPLICANT : आवेदन का नाम :	MOKEHHAD MOLLA	AGE-YEARS : वय-वर्ष :	75	
FATHER'S/SPOUSE'S NAME : पिता/कुप्रिया का नाम :	BADRADDI MOLLA			
PRESENT RESIDENCE ADDRESS : कोमान ज़िला सीधा गढ़ DELIAKHALI DAKSHIN PASCHIM AKUNJI GHERTI, DELIAKHALI PASCHIM KHANDA, NORTH TWENTY FOUR PARGANAS 743329 WEST BENGAL				
PERMANENT RESIDENCE ADDRESS : स्थाई आवासीय घर — AS ABOVE —				
OCCUPATION : पेशी :	SMALL SHOP		MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)	
TOTAL ANNUAL INCOME : कुल वार्षिक वर्ष	5000 X 12 = 60,000/-		(Attach Proof of Income) (अवधि का स्वाक्षर संबोध)	
PAN No. : स्थाई स्वाक्षर संख्या				
ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSSEE (Tick whichever is applicable): कौन आप आय दाता है (जो माल्य तो उस पर सही का चिनान लगाए)				
FAMILY DETAILS : परिवार विवर				
Sr. No. क्रम संख्या	Name of Family Member परिवार के सदस्यों का नाम	Age (Years) वय (वर्ष)	Gender लिंग	Relation with Applicant आवेदक के साथ सम्बंध
1.	MOKEHHAD MOLLA	79	M	SELF
2.	DULMAT MOLLA	52	M	SELF
3.	TAJILYA KHATUN	29	F	DAUGHTER
4.	ACHIYARA KHATUN	95	F	DAUGHTER
BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable) मद्दत के लिये चिनाने वाले				
BPL Card (Attach Card Copy) गरीबी रेखा के नीचे प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र को आगे प्रीती संतुष्ट करें)	EWS Certificate (Attach Certificate Copy) जल्द आप वर्ग उमाय वर्ग (प्रमाण पत्र को आगे इड़ी संतुष्ट करें)	Ration Card (Attach Copy) इप्रभोजन कार्ड (प्रमाण पत्र को आगे इड़ी संतुष्ट करें)	Any Other Basis/Proof अन्य कोई साक्ष्य	
"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE: मद्दत के लिये गर्व चिनाने का उद्देश्य:				
Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached अस्पताल/डॉक्टर से लाए जी गई प्रतिवेदन सूची संलग्न			
1.	DIAGNOSIS — CATARACT — LE			
2.	SURGERY — LE (STICS + IOL)			
ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES इस उद्देश्य के लिये 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 AVAILED लिये गए सहायता राशि	

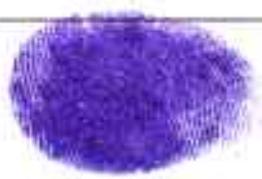
DECLARATION by APPLICANT: आवेदक द्वारा संकेतन प्राप्त:

- 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 संकेतन करता हूँ कि इस प्रकाश में लिखे गये मध्ये विकल्प मेरी सहायता को अनुमति मान एवं मही है। परंतु जारी विकल्प एवं काम अस्वय वाल है तो मेरी सहायता निःसंकेत की जा सकती है।
 - 2) मेरे द्वारा जो सहायता दी गई "कोशिका फाउंडेशन", उसे यह भी है, उसका उपयोग उसी उद्देश्य की दृष्टि के लिये किया जायेगा, जो इस प्रकाश में दी गयी है।
 - 3) मैं पुष्ट करता हूँ कि लिखे सहायता होने पर प्राप्ति को गई है, उस गाँधी जी अद्वितीय या साहस्र विद्या विद्यालय अथवा योग/नियोगालय/बोर्ड कम्पनी से न. तो लिखा है और न ही महिला में दी गयी है।

AGREEMENT by APPLICANT: (आवेदक 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 fulfilment 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 is this regard will be final and acceptable to me.
- 1) इस प्रकाश पर अपने हस्ताक्षर या अंगुष्ठ की लहराई की दृष्टि करता हूँ एवं "कोशिका फाउंडेशन और उसके न्यायोद्धा" को अधिकृत करता हूँ कि मेरा नाम, वास्तविक और जो विकल्प इस प्रयत्न में दी गयी है, उसे "कोशिका" द्वारा न्यायोद्धा, चार, वाचाकाला द्वारा दूसरे दृष्टिकोण से दूसरी वित्तीयीयों द्वारा उल्लंघित की जानी भी इसका नाम्यात्मक मै प्रत्यक्षित करता हूँ एवं अधिकृत है। मेरा प्रयत्न का विकल्प यह इताह के बाहर ये काले जो लिखे "कोशिका फाउंडेशन" या न्यायोद्धा अधिकृत है।
 - 2) मैं (आवेदक) इस काल से जाहाज हूँ कि मेरा चार, चार, फोटो और विषयता जो कि सहायता के उद्देश्यों से प्राप्ति है मुझे स्वयं सहायता का हालात वही बनाता। इस सम्बन्ध में "कोशिका" एवं उसके न्यायोद्धा का विवेच अतिम और बाबतकरी होगा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION:
आवेदक के हस्ताक्षर या अंगुष्ठ का निशान



AGREEMENT by HOSPITAL: (हास्पातल 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 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 & its outcome & safety of the patient, and Koshika Foundation will have no role or responsibility in the matter.

इसी अधिकृत, हस्ताक्षर की दृष्टि से मामले/लोगों को "कोशिका फाउंडेशन" से विद्युत सहायता होने विवरित की जाती है, जिस द्वारा (हास्पातल) मिन इकाइ से बन्ध व स्वीकार करती है।

1) यह कि न तो जातीमान और न ही भौतिक मै लिखित सहायता किसी गो सहायता संबंधी या किसी अन्य विकल्प से बदल देती, मामले में मरीज को तो है, जैसे कि हमने "कोशिका फाउंडेशन" से विफारी/प्रिवेट इकाइ के सम्बन्ध में "कोशिका फाउंडेशन" हुए नदर हो गये हैं, परंतु "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा सहायता विवरित अधिकारामुक्त दंत बनवारा वही किया जाता है तो अस्पताल द्वितीय नदर उक्त संबंध में दी गयी है।

2) "कोशिका फाउंडेशन" से लौ गई सहायता के बाहर यह किसी गो अन्यथा/इकाइया का जुनाव नहीं पर्याप्त हास्पातल के बीच का विवर है और "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा किसी इकाइ का कोई स्वावलम्बन नहीं है। इसीलिए हास्पातल में लोगों की दृष्टिकोण सुधारा और अपने जाने की मरीज किम्बारी गयी एवं हास्पातल की ही ही ओर "कोशिका" की ओर पूर्णता या विस्तृतता इस मामले में नहीं होती।

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE
स्वीकृति के लिए संरक्षित

OPTOM SANKARAN DAS

(Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory
on behalf of Hospital)

SANKARA OPTICAL INSTITUTE

Date of Surgery
अंगोद्धार की तिथि
20/3/24

M.C.O.B.S.
C/o: M/s.
Ranjan
(Name of Dr. & Regn. No. with Stamp)
काल्पनिक नाम व हस्ताक्षर का रोगी

FOR INTERNAL USE of KOSHICA FOUNDATION

जनरल उपचार होता

SIGNATURE of TRUSTEE 1
न्यायोद्धा हस्ताक्षर 1

SIGNATURE of TRUSTEE 2

न्यायोद्धा हस्ताक्षर 2