

**APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE**  
 सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)  
 (स्वास्थ्य देखभाल)



APPLICATION No: **K/0529/0170**  
 आवेदन संख्या:

APPLICATION DATE: **11/05/24**  
 आवेदन तिथि

NAME of APPLICANT: **MOKSED MOLLA**  
 आवेदक का नाम

AGE-YEARS आयु-वर्ष: **73**  
 SEX लिंग: **M**

FATHER'S/SPOUSE'S NAME: **ANOYAR MOLLA**  
 पिता/हस्तुप का नाम

PRESENT RESIDENCE ADDRESS वर्तमान आवासीय पता  
**DACHAIKHALI, NORTH TWENTY FOUR PARGANAS**  
**743446, WEST BENGAL**

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS: स्थाई आवासीय पता

**AS ABOVE**



OCCUPATION: **SMALL SHOP**  
 व्यवसाय

MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)

TOTAL ANNUAL INCOME: **45000/12 = 54,000/-**  
 कुल वार्षिक आय

(Attach Proof of Income)  
 (आय का साक्ष्य संलग्न करें)

PAN No. स्वयं खाता संख्या

ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable):  
 क्या आप आय कर चुकाते हैं (जो मान्य हो उस पर सही का निशान लगाएं)

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.	MOKSED MOLLA	73	M	SELF
2.	SHIRAZ BIBI	69	F	WIFE
3.	RAMJAN MOLLA	45	M	SON

BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable)  
 सहायता के लिये विनिर्दिष्ट आधार

BPL Card (Attach Card Copy) गरीबी रेषा के नीचे उपाय पत्र (उपाय पत्र की छाया प्रति संलग्न करें)	EWS Certificate (Attach Certificate Copy) अल्प आय वर्ग उपाय पत्र (उपाय पत्र की छाया प्रति संलग्न करें)	Ration Card (Attach Copy) उपभोज्य कार्ड (उपाय पत्र की छाया प्रति संलग्न करें)	Any Other Basis/Proof अन्य कोई साक्ष्य
---	---	--	--

"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE:  
 सहायता हेतु किये गये विनयी का उद्देश्य:

Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached अस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई प्रतिक्रिया सूची संलग्न
1.	DIAGNOSIS --- CATARACT --- LE
2.	SURGERY --- LE (SICS + IOL)

ASSISTANCE BEING AWAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES  
 इस उद्देश्य के हेतु कोई अन्य सहायता किसी अन्य स्रोत से लिया गया हो?

Sr. No. क्रम संख्या	NAME of OTHER SOURCE अन्य स्रोत का नाम	AMOUNT of ASSISTANCE BEING AWAILED ली गई सहायता राशी

**DECLARATION by APPLICANT:** उम्मेदवार द्वारा घोषणा पत्र:

- 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/employee/insurance company, of the amount for which this assistance is requested.
- 1) मैं घोषणा करता हूँ कि इस प्रश्न में दिये गये सभी विवरण सही जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई झूठा बयान एवं सत्य जानकारी प्राप्त होता है तो मेरी सहाय्य निरस्त की जा सकती है।  
 2) मैं इस से सहाय्य यदि "कोशिका फाउन्डेशन", से भी जा रही है, उसका उपयोग उसी उद्देश्य की पूर्ति के लिये किया जाएगा, जो इस प्रश्न में सत्य है।  
 3) मैं पुष्टि करता हूँ कि मैं इस सहाय्य हेतु या भविष्य में नहीं, उस राशि का प्रतिफल या सहाय्य किसी अन्य स्रोत/निर्भर/बीमा कंपनी से या से प्राप्त है और यही प्रतिफल में लूँगा।

**AGREEMENT by APPLICANT (उम्मेदवार द्वारा करार)**

- 1) By affixing my signature or thumb impression on this Form, I (Applicant) hereby agree & authorise Koshika Foundation and it's 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 it's 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 प्रश्न पर अपने हस्ताक्षर या अंगूठों की छाप लगाकर, मैं (उम्मेदवार) अपनी सहमति की पुष्टि करता हूँ एवं "कोशिका फाउन्डेशन और उसके भ्रातृवर्ग" को अधिकृत करता हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और जो विवरण इस प्रश्न में घोषित है, उसे "कोशिका" एवम् भ्रातृवर्ग, दान, वाचनादि द्वारा उद्देश्य से सुशो धारित/विज्ञापित और सहाय्यियों को लिये किसी भी प्रकार सहाय्य से प्रचारित करने के लिये अधिकृत है। मेरे प्रश्न का निराकरण की दृष्टि से किसी भी प्रकार से करने के लिये "कोशिका फाउन्डेशन" व भ्रातृवर्ग अधिकृत है।  
 2) मैं (उम्मेदवार) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण को किसी सहाय्य के उद्देश्य से प्रचारित है। पूर्णतः सहाय्य का इच्छित नहीं करता। इस सम्बन्ध में "कोशिका" एवम् भ्रातृवर्ग को निर्णय अधिकार और सहाय्यारी होगा।

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

उम्मेदवार के हस्ताक्षर या अंगूठे का निशान



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

- By affixing hereunder, signature of our Authorized 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 & it's outcome & safety of the patient, and Koshika Foundation will have no role or responsibility in the matter.
- इसमें अधिकृत, हस्ताक्षर की और से सहाय्यकारी को "कोशिका फाउन्डेशन" से वित्तीय सहाय्य हेतु सिफारिश की जाती है, किन्तु इस (हस्पताल) निम्न प्रकार से सत्य व स्वीकार करती है।  
 1) यह कि न तो वर्तमान और न ही भविष्य में वित्तीय सहाय्य किसी भी सहाय्यारी संगठन या किसी अन्य स्रोत से प्राप्त करने/पान करने में हमें या से कोई भी, जैसे कि हमने "कोशिका फाउन्डेशन" से सिफारिश/निर्णयित उपाय के सम्बन्ध में "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा सहाय्य हेतु किया है। यदि "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा सहाय्य निरस्त/असहमत/असहमत हेतु नहीं किया जाता है तो हस्पताल किसी अन्य स्रोत/सहाय्यारी संगठन या किसी अन्य सहाय्यारी से सहाय्य लेने का अधिकार सुरक्षित रखता है। इस पुष्टि में उल्टा बात यह है कि हस्पताल वित्तीय पर उपाय उद्देश्यकारी हेतु किसी भी सहाय्यारी संगठन या किसी अन्य सहाय्यारी से नहीं लेगा/लेगी।  
 2. "कोशिका फाउन्डेशन" से ही मैं सहाय्य संगठन वित्तीय प्रकृति की है। मेरी या हस्पताल द्वारा की गई सहाय्य या किन्तु गये उपचार/प्रक्रिया का चुनाव हमारे एवं हस्पताल को होना चाहिए और "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई प्रभाव नहीं है। इसलिए हस्पताल में मेरी के इच्छित/सुझाव और करने जाने की सभी विषयकारी होगी एवं हस्पताल को कोई भी "कोशिका" को कोई वृत्तिया या विनिर्देश इस सम्बन्ध में नहीं होगी।

**RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE**

सहाय्यकारी के लिए संस्तुति

<p>Date of Surgery उद्देश्य की तारीख</p> <p>11/05/24</p>	<p>Dr. Sankar Das M.B.B.S. M.S.</p> <p>(Name of Dr. &amp; Regn. No. with Stamp) डाक्टर का नाम व इच्छितार व तारीख</p>	<p>OPTIM ANAND DAS (Name, Designation &amp; Stamp of Authorized Signatory on behalf of Hospital) उप. व. उप. हस्पताल अधिकृत अधिकारी</p>
--	--	--

**FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION**

आन्तरिक उपयोग हेतु

<p>SIGNATURE of TRUSTEE 1 भ्रातृवर्ग 1</p> <p><i>[Signature]</i></p>	<p>SIGNATURE of TRUSTEE 2 भ्रातृवर्ग 2</p> <p><i>[Signature]</i></p>
--	--