

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE
सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)
(स्वास्थ्य देखभाल)



APPLICATION No. : **K/0524/0172**
आवेदन क्रमांक :

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

NAME of APPLICANT : **AHAMMAD ALI MOLLA**
आवेदक का नाम

AGE-YEARS आयु-वर्ष : **71**
SEX लिंग : **M**

FATHER'S/SPOUSE'S NAME : **FARID ALI MOLLA**
पिता/कन्या का नाम

PRESENT RESIDENCE ADDRESS वर्तमान आवासीय पता
RAMPUR GABDI PARA, NORTH TWENTY
FOUR FARGANAS 743329 WEST BENGAL
PERMANENT RESIDENCE ADDRESS : स्थाई आवासीय पता
— AS ABOVE —



OCCUPATION : **SHOPKEEPER**
व्यवसाय

MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)

TOTAL ANNUAL INCOME : **6000 X 12 = 72,000**
कुल वार्षिक आय

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

PAN No. स्थाई खाता संख्या

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

Yes / No
हां / 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.	AHAMMAD ALI MOLLA	71	M	SELF
2.	MUNBARA BIBI	55	F	WIFE
3.	SAIFUDDIN MOLLA	39	M	SON
4.	SAIMA BIBI	30	F	DAUGHTER

BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable)
सहायता के लिए विनंति आधार

<input type="checkbox"/> BPL Card (Attach Card Copy) गरीबी रेषा के नीचे प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें)	<input type="checkbox"/> EWS Certificate (Attach Certificate Copy) अल्प आय वर्ग प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें)	<input type="checkbox"/> Ration Card (Attach Copy) दूधपत्रिका कार्ड (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें)	<input type="checkbox"/> Any Other Basis/Proof अन्य कोई साक्ष्य
--	--	--	---

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

Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached अस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई प्रतिवेदन सूची संलग्न
1.	DIAGNOSIS — CATARACT — RE
2.	SURGERY — RE (SIOP + IOL)

ASSISTANCE BEING AVAILED 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 AVAILED ली गई सहायता राशि

DECLARATION by APPLICANT: आवेदनक 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/employer/insurance company, of the amount for which this assistance is requested.

- 1) मैं घोषणा करता हूँ कि इस प्रपत्र में दिये गये सभी विवरण सही जानकारी के अनुसार सच एवं सही हैं। यदि कोई विवरण सच नहीं माना जाय तो मेरी सहायता निरस्त की जा सकती है।
- 2) मैं इस बात को सहायता के लिए "उद्देश्य" के रूप में घोषणा करता हूँ, जो कि इस प्रपत्र में उल्लेख किया गया है।
- 3) मैं यहाँ घोषणा करता हूँ कि मैंने भविष्य में अपने या किसी अन्य व्यक्ति के लिए किसी भी प्रकार की सहायता के लिए किसी भी अन्य स्रोत/रोजगार/बीमा कंपनी से न तो सहायता के लिए या ही प्रपत्र में उल्लेख

AGREEMENT by APPLICANT (आवेदनक द्वारा करार)

1) By affixing my signature or thumb impression on this Form, I (Applicant) hereby agree & authorize 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 प्रपत्र पर अपने हस्ताक्षर या अंगूठे की छाप लगाकर, मैं (आवेदनक) अपने सहमति की पुष्टि करता हूँ एवं "कोशिका फाउंडेशन और इसके न्यायियों" को अधिकृत करता हूँ कि वे मेरा नाम, पता, फोटो और मेरे विवरण इस प्रपत्र में जोड़ सकते हैं, इसे "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा प्रकाशित, प्रसारित, प्रसारण, प्रसारण के माध्यम से प्रसारित करने के लिए उपयोग कर सकते हैं। इस प्रपत्र पर मेरे नाम, पता, फोटो और विवरण के बिना किसी भी प्रकार की सहायता के लिए या ही प्रपत्र में उल्लेख किया गया है।
- 2) मैं (आवेदनक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण को किसी भी प्रकार के सहायता के लिए या ही प्रपत्र में उल्लेख किया गया है। इस प्रपत्र पर मेरे नाम, पता, फोटो और विवरण के बिना किसी भी प्रकार के सहायता के लिए या ही प्रपत्र में उल्लेख किया गया है।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION:

आवेदनक के हस्ताक्षर या अंगूठे का निशान

Ahmad Ali Malik

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 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.

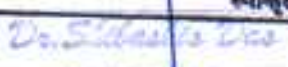

हमारी अधिकृत, हस्ताक्षर की ओर से आवेदनक के "कोशिका फाउंडेशन" से वित्तीय सहायता हेतु सिफारिश की जाती है, जिसे हम (हस्पताल) वित्त प्रदाता से मांग या अपेक्षा करते हैं।

- 1) यह कि न तो वर्तमान और न ही भविष्य में वित्तीय सहायता किसी भी प्रकार के सहायता के लिए या ही प्रपत्र में उल्लेख किया गया है। यदि "कोशिका फाउंडेशन" से सिफारिश/प्रक्रिया के माध्यम से "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा सहायता हेतु सिफारिश की जाती है, तो "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा सहायता के लिए या ही प्रपत्र में उल्लेख किया गया है।
- 2) "कोशिका फाउंडेशन" से कोई भी सहायता केवल वित्तीय प्रकृति की है। हमें इस हस्ताक्षर द्वारा ही सहायता के लिए या ही प्रपत्र में उल्लेख किया गया है।

हमारे बीच का विवाद है और "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई दावा नहीं है। इसीलिए हस्ताक्षर के बिना हमें सहायता के लिए या ही प्रपत्र में उल्लेख किया गया है।

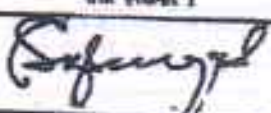
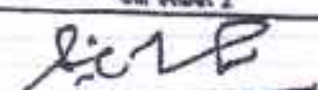
RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE

स्वीकृति के लिए संस्तुति

Date of Surgery ऑपरेशन की तारीख <i>11/05/24</i>	 M.D.B.S.N.S (Name of Dr. & Regn. No. with Stamp) डाक्टर का नाम व प्रमाणक व तारीख	 OPTOM ANAND DAS (Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory) (Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory) SANKARANKA HOSPITAL
---	---	--

FOR INTERNAL USE OF KOSHKA FOUNDATION

आंतरिक उपयोग हेतु

SIGNATURE of TRUSTEE 1 न्यायी हस्ताक्षर 1 	SIGNATURE of TRUSTEE 2 न्यायी हस्ताक्षर 2 
---	--