

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE

सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)

(स्वास्थ्य देखभाल)

Koshika
foundation

Building Block of life

APPLICATION No. K/0723/0404 APPLICATION DATE: 25/08/23
आवेदन संख्या आवेदन तिथिNAME of APPLICANT: MINAJ ALI MOLLA AGE-YEARS आयु-वर्ष 56 SEX-लिंग M
आवेदक का नामFATHER'S/SPOUSE'S NAME: JIYAD MOLLA
पिता/पत्नी का नाम

PRESENT RESIDENCE ADDRESS: आसन अवस्थित पता

ANANDANAGAR SURJANAGAR SOUTH 24
PARGANAS, 743324, WEST BENGAL

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS: स्थाई अवस्थित पता

— AS ABOVE —

OCCUPATION: LABOURER MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)
व्यवसायTOTAL ANNUAL INCOME: 4000X12 = 48000/- (Attach Proof of Income)
कुल वार्षिक आय (आप का प्रमाण प्रस्तुत करें)

PAN No. क्या है (आपका संख्या)

ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable)
क्या आप आय कर दाता हैं (जो मान्य हो उस पर सही का निशान लगाएं)Yes / हाँ
No / 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.	MINAJ ALI MOLLA	56	M	SELF
2.	RUFIYA BIBI	51	F	WIFE
3.	NARGIS MOLLA	23	F	DAUGHTER
4.	NAGIRA BIBI	20	F	DAUGHTER
5.	MIRA BIBI	17	F	DAUGHTER

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

SPL Card (Attach Card Copy) गरीबी रेश के नीचे प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की छापी प्रति संलग्न करें)	EWS Certificate (Attach Certificate Copy) अल्प आय वर्ग प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की छापी प्रति संलग्न करें)	Ration Card (Attach Copy) उपभोक्ता कार्ड (प्रमाण पत्र की छापी प्रति संलग्न करें)	Any Other Basis/Proof अन्य कोई साक्ष्य
--	---	---	--

"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE:
सहायता हेतु किसे गये निम्नी 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 (SICST + IOL) - RE

ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES
इस उद्देश्य के हेतु कोई अन्य सहायता किसी अन्य स्रोत से लिये गया है?

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

DECLARATION by APPLICANT: आवेदक द्वारा घोषणा पर:

- 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 प्रारूप में दिये गये सभी विवरण मेरी जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई विवरण सत्य कथन असत्य पाया जाता है, तो मेरी सहायता निरास की जा सकती है।
- 2) मैं दृढ़ता से स्थापना दूँगी कि "कोशिका फाउन्डेशन", से जो सहायता मिलेगी, उसे केवल उद्देश्य के पूर्ण करने के लिए ही प्रयोग किया जाएगा, जो इस प्रारूप में धरा गया है।
- 3) मैं पुष्टि करता हूँ कि मैं किसी भी प्रकार की सहायता, पूर्ण या आंशिक, किसी अन्य स्रोत/नियोक्ता/बीमा कंपनी से नहीं ले रहा हूँ और न ही भविष्य में लूँगा।

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 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 प्रारूप पर अपने हस्ताक्षर या अंगूठे की छाप लगाकर, मैं (आवेदक) अपनी स्वीकृति को पुष्टि करता हूँ एवं "कोशिका फाउन्डेशन और उसके भरोसे" को अधिकृत करता हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और कोई विवरण इस उद्देश्य के लिए ही प्रयोग किया जाएगा, जो इस प्रारूप में धरा गया है, जिसके माध्यम से दानों की मांग की जाएगी और/या कोशिका फाउन्डेशन के बारे में जानकारी फैलायी जाएगी। इस प्रारूप पर मेरी छाप लगाने से पहले या बाद में मेरे नाम, पता, फोटो और विवरण का उपयोग मेरी सहायता के लिए किया जा सकता है।
- 2) मैं (आवेदक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण का किसी भी प्रकार का उपयोग मेरी सहायता के लिए किया जा सकता है, जो इस प्रारूप में धरा गया है, और इसका उपयोग मेरी सहायता के लिए किया जा सकता है। इस बात से मेरी सहायता के लिए किया जा सकता है।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION:

आवेदक के हस्ताक्षर या अंगूठे का निशान

मिना कुमारी

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.
- हमारी अधिकृत, हस्ताक्षर की ओर से धारणा/रोगी को "कोशिका फाउन्डेशन" से वित्तीय सहायता हेतु सिफारिश की जाती है, जिसे हम (हस्पताल) निम्न प्रकार से मान्यता प्रदान करते हैं।
- 1) यह कि हम न तो वर्तमान और न ही भविष्य में वित्तीय सहायता किसी भी सरकारी संस्थान या किसी अन्य स्रोत से उक्त रोगी/रोगी के लिए मांगेंगे, जो कि हमने "कोशिका फाउन्डेशन" से सिफारिश/प्राप्ति के लिए मांगी है, जब तक कि हमें "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा सहायता नहीं मिलती। यदि सहायता पूर्ण या आंशिक रूप से नहीं मिलती है, तो हमें सहायता के लिए मांगी जा सकती है।
- 2) "कोशिका फाउन्डेशन" से जो सहायता मिलती है, वह केवल वित्तीय प्रकृति की है। रोगी या हस्पताल द्वारा दी गई सहायता का चयन रोगी एवं हस्पताल के बीच का निर्णय है और "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई दबाव नहीं है। इसलिए हस्पताल में रोगी को उपचार सुझाया जायेगा और उसे उसी उपचार को लेना होगा और "कोशिका" को कोई दबाव या जिम्मेदारी इस मामले में नहीं होगी।

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE

स्वीकृति के लिए संस्तुति

Date of Surgery ऑपरेशन की तारीख 25/3/23	Dr. Shibashis Das (Name of the Doctor, with Stamp) डॉक्टर का नाम और मुहर के साथ Reg. No. 11035	OPTOM ANKUR DAS (Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory) ऑप्टिकल इंस्टीट्यूट SANKARA EYE CARE INSTITUTE
---	---	---

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION

आन्तरिक उपयोग हेतु

SIGNATURE of TRUSTEE 1 न्यासी हस्ताक्षर 1 Safar	SIGNATURE of TRUSTEE 2 न्यासी हस्ताक्षर 2 Safar
---	---