

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE

सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)

(स्वास्थ्य देखभाल)

Koshika
foundation

Building block of life.

APPLICATION No.: K/0924/0726
आवेदन संख्या:APPLICATION DATE: 02/09/24
आवेदन तिथिNAME of APPLICANT: RAHILABIBI MOLLA
आवेदक का नाम

AGE-YEARS आयु-वर्ष

SEX लिंग

77

F

FATHER'S/SPOUSE'S NAME: IMAN MOLLA
पिता/हनुम का नाम

PRESENT RESIDENCE ADDRESS वर्तमान आवासीय पता

JHUPKHALI PASCHIM NORTH 24 PARGANAS-743442 WEST
BENGAL

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS: स्थाई आवासीय पता

AS ABOVE-

OCCUPATION: FOOD SELLER
व्यवसाय

MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)

TOTAL ANNUAL INCOME: 3000 x 12 = 36,000/-
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 दाता हैं (जो मान्य हो उस पर सही का निशान लगावे):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.	RAHILA BIBI MOLLA	77	F	SELF
2.	SALMA SEKH	60	F	FATHER
3.	AZIZUL MOLLA	48	M	SON
4.	HALIMA BIBI	48	F	DAUGHTER

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

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

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

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

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

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

DECLARATION by APPLICANT: आवेदनक 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 प्रश्न में दिए गये सभी विवरण मेरी जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई विवरण एवं कथन असत्य पाया जाता है तो मेरी सहायता निरस्त की जा सकती है।
- 2) मैं द्वारा जो सहायता एपि "कोशिका फाउन्डेशन", से ली जा रही है, उसका उपयोग उसी उद्देश्य को पूर्ति के लिये किया जायेगा, जो इस प्रश्न में भरा गया है।
- 3) मैं पुष्टि करता हूँ कि बिना सहायता हेतु यह प्रार्थना की गई है, उस एपि का अधिकतम प्रत्यक्ष हिस्सा किसी अन्य स्रोत/नियोक्ता/बीमा कम्पनी से न तो लिया है और न ही सीधे से लीज।

AGREEMENT by APPLICANT (30876 0000 0000)

- 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.

- 1) इस प्रश्न या अपने हस्ताक्षर या ओपन को छाप लेनाकर, मैं (आवेदक) अपने सहायक को बुद्धि करता हूँ एवं "कोशिका फाउंडेशन और उसके न्यासी" को अधिकृत करता हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और जो विवरण इस प्रश्न में घोषित है, उसे मैं "कोशिका" एवम् न्यासी, वाप, वाचनावा द्वारा उद्देश्य में जुड़ी गतिविधियों और उपसक्रियों के लिये किसी भी प्रकार साध्य हो इजाजत करने के लिये अधिकृत है। मेरे प्रश्न का विवरण मेरे हस्ताक्षर के पहले या बाद में करने के लिए "कोशिका फाउंडेशन" व न्यासी अधिकृत है।
- 2) मैं (आवेदक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण जो कि सहायता के उद्देश्य में प्रेषित है मुझे स्वतः सहायता का हकदार नहीं बनाता। इस सम्बंध में "कोशिका" एवम् उसके न्यासियों का निर्णय अंतिम और साध्यकारी होगा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION:

आलेखक के सम्पादन या अन्यथा का विधान



AGREEMENT by HOSPITAL (हस्पताल का 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.

हमारे अधिकांश हस्ताक्षरी को आर से सम्बन्धित को "कॉरिआ फायनडेसन" से वित्तिय सहायता लेत धियातिश को जानते है. जिसे हम (इम्पल्लेन्ट) निम्न प्रकार से मान्य व स्वीकार करते है.

- 1) यह कि न तो वॉशिंग और न ही अधिव्य में वित्तिय सहायता किसी गैर सरकारी संस्थान या किसी अन्य स्कोर से उधार रोपी/मागले में लेंगे या ले रहे हैं, जैसे कि हमले "कोशिका फाउन्डेशन" से वित्तिय/वित्तिय उधार के सम्बंध में "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा भय रहु कि है। यदि "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा सहायता वित्तिय अधिका/सकल हेतु मन्तु नही किय जात है तो असम्भव किसी अन्य गैर सरकारी संस्था या किसी अन्य सम्साधन से सहायता लेने का अधिका/सकल रक्खत है। इस धुधिय में स्पष्ट कहा जात है कि असम्भव द्वितीय प्यार उधार रोपी/मागले हेतु किसी गैर सरकारी संस्था या किसी अन्य साधन से प्यार लेगा/लेगी।
2. "कोशिका फाउन्डेशन" से ली गई सहायता केवल वित्तिय प्रकृति की है। रोपी या इसम्बलत द्वारा दी गई सहाय या किये गये उपचार/प्रक्रिया का चुनाव रोपी एवं इसम्बलत को बीच का विषय है और "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई दबाव नही है। इसलिये इसम्बलत में रोपी के इलाज सुका और आने जाने की सारी जिम्मेदारी रोपी एवं इसम्बलत की होगी और "कोशिका" को कोई अधिका या जिम्मेदारी इस सम्बले में नहीं होगी।

RECOMMENDED FOR ACCEPTENCE

स्वीकृती के लिए संमति

Date of Surgery अपरेशन की तारीख 02/09/24	(Name of Dr. & Regn. No. with Stamp) डाक्टर का नाम व हस्ताक्षर के साथ नं.	(Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory on behalf of Hospital) नाम व पद हस्पताल अधिकृत अधिकारी
--	--	--

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION

आन्तरिक उपभोग हेतु

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