

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE सहायता हेतु आवेदन प्रारूप		(Healthcare) (स्वास्थ्य देखभाल)		 Koshika Foundation Building block of life.																															
APPLICATION No.: K/1024/L097		APPLICATION DATE: 25/10/24																																	
NAME of APPLICANT: NEHAR BANU MOLLA		AGE-YEARS अनु-वर्ष	SEX लिंग																																
FATHER'S/SPOUSE'S NAME: ASHRAB ALI MOLLA		54	F																																
PARENTS' ADDRESS: RAMPUR SADESHKHALI II NORTH 24 PARGANAS 743329 WEST BENGAL																																			
PERMANENT RESIDENCE ADDRESS: AS ABOVE																																			
OCCUPATION: TEA STALL			MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)																																
TOTAL ANNUAL INCOME: 5000 X 12 = 60,000			(Attach Proof of Income)																																
PAN No.: [Blank]																																			
ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable): Yes / No																																			
Basis for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable)																																			
<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th>Sr. No.</th> <th>Name of Family Member</th> <th>Age (Years)</th> <th>Gender</th> <th>Relation with Applicant</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>1.</td> <td>NEHAR BANU MOLLA</td> <td>54</td> <td>F</td> <td>SELF</td> </tr> <tr> <td>2.</td> <td>ASHRAB ALI MOLLA</td> <td>59</td> <td>M</td> <td>HUSBAND</td> </tr> <tr> <td>3.</td> <td>AHSANUL MOLLA</td> <td>28</td> <td>M</td> <td>SON</td> </tr> <tr> <td>4.</td> <td>AMARA BIBI</td> <td>25</td> <td>F</td> <td>DAUGHTER</td> </tr> <tr> <td>5.</td> <td>SAHEB MOLLA</td> <td>20</td> <td>M</td> <td>SON</td> </tr> </tbody> </table>						Sr. No.	Name of Family Member	Age (Years)	Gender	Relation with Applicant	1.	NEHAR BANU MOLLA	54	F	SELF	2.	ASHRAB ALI MOLLA	59	M	HUSBAND	3.	AHSANUL MOLLA	28	M	SON	4.	AMARA BIBI	25	F	DAUGHTER	5.	SAHEB MOLLA	20	M	SON
Sr. No.	Name of Family Member	Age (Years)	Gender	Relation with Applicant																															
1.	NEHAR BANU MOLLA	54	F	SELF																															
2.	ASHRAB ALI MOLLA	59	M	HUSBAND																															
3.	AHSANUL MOLLA	28	M	SON																															
4.	AMARA BIBI	25	F	DAUGHTER																															
5.	SAHEB MOLLA	20	M	SON																															
<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th>BPL Card</th> <th>EWS Certificate</th> <th>Ration Card</th> <th>Any Other Basis/Proof</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>[]</td> <td>[]</td> <td>[]</td> <td>[]</td> </tr> </tbody> </table>						BPL Card	EWS Certificate	Ration Card	Any Other Basis/Proof	[]	[]	[]	[]																						
BPL Card	EWS Certificate	Ration Card	Any Other Basis/Proof																																
[]	[]	[]	[]																																
"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE:																																			
<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th>Sr. No.</th> <th>Medical Reports/Prescriptions Attached</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>1.</td> <td>DIAGNOSIS - CATARACT - RE</td> </tr> <tr> <td>2.</td> <td>SURGERY - RE - (SICT+JOL)</td> </tr> </tbody> </table>						Sr. No.	Medical Reports/Prescriptions Attached	1.	DIAGNOSIS - CATARACT - RE	2.	SURGERY - RE - (SICT+JOL)																								
Sr. No.	Medical Reports/Prescriptions Attached																																		
1.	DIAGNOSIS - CATARACT - RE																																		
2.	SURGERY - RE - (SICT+JOL)																																		
ASSISTANCE BEING AVAILABLE for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES:																																			
<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th>Sr. No.</th> <th>NAME of OTHER SOURCE</th> <th>AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILABLE</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td> </td> <td> </td> <td> </td> </tr> </tbody> </table>						Sr. No.	NAME of OTHER SOURCE	AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILABLE																											
Sr. No.	NAME of OTHER SOURCE	AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILABLE																																	

DECLARATION by APPLICANT (आवेदक द्वारा घोषणा करें):

- 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 दिए गए 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 इस ओर सहायता यहाँ "कोशिका फाउन्डेशन", से ली जा रही है, उसका उपयोग इसी उद्देश्य की पूर्ति के लिये किया जाएगा, जो इस प्रारूप में बताया गया है।
- 3) मैं पुष्टि करता हूँ कि जिस सहायता हेतु मैं प्रार्थना कर रहा हूँ, उस राशि का अंशिक या सम्पूर्ण हिसाब किसी अन्य प्रोविडर/एम्प्लॉयर/बीमा कम्पनी से नहीं लिया है और न ही भविष्य में लूंगा।

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 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 प्रारूप पर अपने हस्ताक्षर या अंगुष्ठ की छाप लगाकर, मैं (आवेदक) अपनी सहमति को पुष्टि करता हूँ एवं "कोशिका फाउन्डेशन और उसके त्रुस्टी" को अधिकृत करता हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और वो विवरण इस प्रारूप में घोषित है, उसे "कोशिका" एम्प्लॉयर्स, एन. गैरकार्यवाही वाले उद्देश्य से जुड़ी गतिविधियों और उपलब्धियों के लिये किसी भी प्रकार माध्यम से प्रसारित करने के लिए अधिकृत है। मेरे प्रारूप का विवरण यहाँ इलाज के पैसे या बाद में करने के लिए "कोशिका फाउन्डेशन" से ली जा रही है।
- 2) मैं (आवेदक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण को कि सहायता के उद्देश्य से प्रसारित है मुझे स्वतः सहायता का इस्तेमाल नहीं करना। इस सम्बंध में "कोशिका" एम्प्लॉयर्स हमारे व्यक्तियों का विवरण जॉर्नल और अधिकांश होगा।

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

**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.
- हमारे अधिभूत, हस्ताक्षर को जोड़ा से मामले/रोगी को "कोशिका फाउन्डेशन" से वित्तीय सहायता हेतु सिफारिश की जाती है, जिसे हम (हस्पताल) निम्न प्रकार से मान्य व स्वीकार करते हैं।
- 1) यह कि न तो वर्तमान और न ही भविष्य में वित्तीय सहायता किसी भी सरकारी संस्थान या किसी अन्य स्रोत से उक्त रोगी/मामले में लेने या ले रहे हैं, जैसे कि हमने "कोशिका फाउन्डेशन" से सिफारिश/विनोद उक्त के प्रथम से "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा भरण हेतु कि है। यदि "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा सहायता विनोद अंशिक/सम्पूर्ण हेतु मन्जूर नहीं किया जाता है तो अस्पताल किसी अन्य या सरकारी संस्था या किसी अन्य संस्थान से सहायता लेने का अधिकार सुरक्षित रखता है। इस पुष्टि में स्पष्ट कहा जात है कि अस्पताल द्वितीय भरण उक्त रोगी/मामले हेतु किसी भी सरकारी संस्था या किसी अन्य साधन से नहीं लेगा/लेगी।
2. "कोशिका फाउन्डेशन" से ली गई सहायता केवल वित्तीय प्रकृति की है। रोगी या हस्पताल द्वारा की गई सलाह या किये गये उपचार/प्रक्रिया का चुनाव रोगी एवं हस्पताल के बीच का विषय है और "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई दबाव नहीं है। इसलिए हस्पताल में रोगी के इलाज सुरक्षा और अपने जाने की पूरी जिम्मेदारी रोगी एवं हस्पताल को होगी और "कोशिका" को कोई धूमिका या जिम्मेदारी इस मामले में नहीं होगी।

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE
स्वीकृती के लिए संस्तुति

Date of Surgery ऑपरेशन की तारीख 15/10/24	M.B.B.S. M.S. Gold Medalist Reg. No. 123456 (Name of Dr. & Regn. No. with Stamp) डाक्टर का नाम व हस्ताक्षर व रजि. नं.	OPTIONAL SIGNATURE (Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory on behalf of Hospital) SANKAR नाम व पद निरूपित अधिकृत अधिकारी
--	--	--

FOR INTERNAL USE OF KOSHIKA FOUNDATION अनंशिक उपयोग हेतु

SIGNATURE of TRUSTEE 1 व्यक्ति हस्ताक्षर 1 <i>[Signature]</i>	SIGNATURE of TRUSTEE 2 व्यक्ति हस्ताक्षर 2 <i>[Signature]</i>
---	---