

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE
सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)
(स्वास्थ्य देखभाल)



APPLICATION No.: आवेदन संख्या: U/1025/1540 APPLICATION DATE: आवेदन तिथि: 18/10/25

NAME of APPLICANT: आवेदक का नाम: NUR/ISLAM MOLLA AGE-YEARS: आयु/वर्ष: 69 SEX: लिंग: M.

FATHER'S/SPOUSE'S NAME: पिता/कटुम्प का नाम: AKINODDIN MOLLA

PRESENT RESIDENCE ADDRESS: वर्तमान आवासीय पता
SUNPUR, SUKARUPNAGAR, BHADURIA, SUKARUPNAGA, NORTH 24 PARGANAS, 743427, WEST BENGAL

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS: स्थाई आवासीय पता
AS ABOVE



OCCUPATION: व्यवसाय: LABOURER MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित): /

TOTAL ANNUAL INCOME: कुल वार्षिक आय: 4000 x 12 = 48,000/- (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 देता है (जो लागू हो उस पर सही का निशान लगावे): 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.	<u>NUR ISLAM MOLLA</u>	<u>69</u>	<u>M</u>	<u>SELF</u>
2.	<u>MANUWARA BIBI</u>	<u>80</u>	<u>F</u>	<u>WIFE</u>
3.	<u>UNOSH MOLLA</u>	<u>42</u>	<u>M</u>	<u>SON</u>
4.	<u>RAKESH ALI MOLLA</u>	<u>37</u>	<u>M</u>	<u>SON</u>

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

BPL Card (Attach Card Copy) गरीबी रेशा के साथ 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) उपभोगिता कार्ड (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें)	Any Other Basis/Proof अन्य कोई साक्ष्य
--	---	---	--

"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE:
सहायता हेतु किने गये विपत्तों का उद्देश्य:

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

ASSISTANCE BEING AWAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES
इस उद्देश्य के हेतु कोई अन्य सहायता किसी अन्य स्रोत से ली जा चुकी है?

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

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 यहाँ घोषणा करता हूँ कि इस प्रकरण में दिये गए सभी विवरण मेरे ज्ञानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई विवरण एवं कथन असत्य भया जाता है तो मेरे सहायता निरास की जा सकती है।
 2) मैं यहाँ घोषणा करता हूँ कि "कोशिका फाउंडेशन", से जो सहायता मिले, उसका उपयोग वही उद्देश्य को पूर्ण करने के लिए किया जाएगा, जो इस प्रकरण में माँगा गया है।
 3) मैं यहाँ घोषणा करता हूँ कि जिस सहायता हेतु यह प्रार्थना की गई है, उस पर भविष्य में मुझे किसी भी प्रकार से अन्य सहायता/रोजगार/बिमा कंपनी से न ले लिया है 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 प्रपत्र पर अपने हस्ताक्षर या अंगुठी का निशान देकर, मैं (आवेदक) अपनी सहायता की शर्तें स्वीकार करता हूँ एवं "कोशिका फाउंडेशन और इसके न्यायियों" को अधिकृत करता हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और मेरे विवरण इस प्रपत्र में प्रयोग हो सकें, जैसे कि "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा अन्य सहायता के लिए लोगों को प्रेरित करने के लिए मेरी तस्वीर का प्रयोग किया जा सके।
- 2) मैं (आवेदक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण को "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा मेरी सहायता के लिए प्रयोग करने से मेरी सहायता के लिए कोई भी अधिकृत नहीं करता। इस संबंध में "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा प्रेषित की गई सूचनाओं का उपयोग और सहायता जारी रहेगी।

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

Dr. Shivashis Das

AGREEMENT by HOSPITAL (हस्ताक्षर 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.

- 1) यह कि न तो वर्तमान और न ही भविष्य में वित्तीय सहायता किसी भी तरह की सहायता के लिए अन्य स्रोतों से लेने या लेने से है, जैसे कि हमने "कोशिका फाउंडेशन" से विचारित/मिनी तक के सहायता के लिए "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा माँगा है। यदि "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा सहायता नहीं दी जाती है, तो हमें अन्य सहायता से सहायता लेने का अधिकार सुरक्षित रखना है। इस शर्त में स्पष्ट कहा जाता है कि अस्पताल द्वारा सहायता के लिए माँगा गया है कि अन्य सहायता के लिए माँगा गया है।
2. "कोशिका फाउंडेशन" से जो सहायता प्राप्त की जा रही है, वह केवल वित्तीय है। रोगी पर अस्पताल द्वारा की गई सलाह या चिकित्सा उपचार/प्रक्रिया का चुनाव रोगी एवं अस्पताल के बीच का विषय है और "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई प्रभाव नहीं है। इसलिए अस्पताल में रोगी के इलाज सुरक्षा और अपने जाने की सभी जिम्मेदारियाँ रोगी एवं अस्पताल को होंगी और "कोशिका फाउंडेशन" को कोई भी भूमिका या जिम्मेदारी इस मामले में नहीं होगी।

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE

<p>Date of Surgery ऑपरेशन की तारीख</p> <p>18/10/25</p>	<p><i>Dr. Shivashis Das</i> Director M.B.B.S., M.S. (Gold Medalist) Reg. No. 71035 WBMC</p> <p>डाक्टर का नाम व हस्ताक्षर व छाप</p>	<p><i>Optom Avhijit Das</i> Program Officer (Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory) Sankar Chandra Hospital</p> <p>नाम व पद हस्ताक्षर और अधिकृत अधिकारी</p>
--	--	---

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION

<p>SIGNATURE of TRUSTEE 1 न्यायी हस्ताक्षर 1</p> <p><i>Sufyan</i></p>	<p>SIGNATURE of TRUSTEE 2 न्यायी हस्ताक्षर 2</p> <p><i>[Signature]</i></p>
---	--