

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE

सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)

(स्वास्थ्य देखभाल)

Koshika
foundation

Building block of life.

APPLICATION No. :

K/1123/0822

APPLICATION DATE :

12/11/23

आवेदन संख्या :

आवेदन तिथि

NAME of APPLICANT :

SALDA BEBE MOLYA

AGE-YEARS आयु-वर्ष

65

SEX लिंग

F

FATHER'S/SPOUSE'S NAME :

CHONNOTALI MOLLA

पिता/पत्नी का नाम

PRESENT RESIDENCE ADDRESS वर्तमान आवासीय पता

AGARHATI, SANDESHKHALA - I NORTH 24 PARGANAS
WEST BENGAL - 743329

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS : स्थाई आवासीय पता

- AS ABOVE -



OCCUPATION :

MADE JUTE ROPE

व्यवसाय

MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)

TOTAL ANNUAL INCOME :

1200 X 12 = 14,400/-

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):

Yes / हा

No / नहीं

क्या आप आय कर दाता हैं (जो मान्य हो उस पर सही का निशान लगावे)

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 आवेदन के साथ सम्बंध |
|------------------------|---|----------------------------|----------------|--|
| 1. | SALDA BEBE MOLYA | 65 | F | SELF |
| 2. | CHONNOTALI MOLLA | 64 | M | HUSBAND |
| 3. | RAMISA BEBE | 41 | F | DAUGHTER |
| 4. | ABDUL KAZIM MOLYA | 37 | M | SON |

BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable)

सहायता के लिये विनति आधार

| | | | |
|---|---|--|--|
| BPL Card (Attach Card Copy) भरीबी रेखा के पीछे 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 किन्से गये विनती 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 - (SIPRS + IOL) |

ASSISTANCE BEING AWAILED 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 AWAILED लॉ पर सहायता राशि |
|------------------------|---|---|
| | | |
| | | |

DECLARATION by APPLICANT: आवेदक द्वारा बतलाया गया:

- 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 बतला रहा हूँ कि इस फॉर्म में दिये गये सभी विवरण मेरी जानकारी के अनुसार सच एवं सही हैं। यदि कोई झूठा बयान एवं कथन प्रस्तुत किया जाता है तो मेरी सहायता निरस्त की जा सकती है।
- 2) मैं यहाँ बतला रहा हूँ कि "कोशिका फाउन्डेशन", से जो भी मदद मिले, उसका उपयोग उम्मीद की पूर्ति के लिए किया जाएगा, जो इस फॉर्म में बतलाया गया है।
- 3) मैं यहाँ बतला रहा हूँ कि मैंने भविष्य में किसी भी प्रकार से, अपने खर्च का भुगतान या सहायता किसी अन्य स्रोत/रोजगार/बीमा कंपनी से नहीं लिये 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 & authorize 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 फॉर्म पर अपने हस्ताक्षर या अंगूठे का छाप लगाकर, मैं (आवेदक) अपने नाम, पता, फोटो और विवरण का उपयोग करने के लिए "कोशिका फाउन्डेशन" को अधिकृत करता हूँ कि वे मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण इस प्रकार से प्रकाशित कर सकते हैं, जैसे कि वे "कोशिका फाउन्डेशन" के लिए धन募集 करने के लिए मेरी तस्वीर का प्रसारण कर सकें।
- 2) मैं (आवेदक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण का प्रसारण मेरी सहायता के लिए नहीं है। कोशिका फाउन्डेशन का फैसला मेरी सहायता को जारी रखने या न करने का अंतिम और स्वीकार्य होगा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION :

आवेदक के हस्ताक्षर या अंगूठे का छाप



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 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.

हमारे अधिकृत, हस्ताक्षर की ओर से प्राधिकृत व्यक्ति 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 और सहायता संगठन या किसी अन्य स्रोत से उक्त रोगी/रोगी के लिए की जायेगी, जैसे कि हमने "कोशिका फाउन्डेशन" से सिफारिश/पत्रिका का अनुरोध किया है। यदि "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा सहायता नहीं दी जाती है, तो हमें सहायता के अभाव को पूरा करने के लिए किसी अन्य स्रोत/रोजगार/बीमा कंपनी से सहायता लेने का अधिकार सुरक्षित रहता है। इस फॉर्म पर स्पष्ट किया जाता है कि कोशिका फाउन्डेशन को सहायता के लिए कोई भी भुगतान या सहायता नहीं देनी होगी।

2. "कोशिका फाउन्डेशन" से जो भी सहायता प्राप्त होगी, कोशिका फाउन्डेशन द्वारा ही प्राप्त किया जायेगा और कोशिका फाउन्डेशन का कोई भी भुगतान या सहायता कोशिका फाउन्डेशन से नहीं ली जायेगी।

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE

स्वीकृति के लिए संस्तुति

| | | |
|--|--|---|
| <p>Date of Surgery ऑपरेशन की तारीख</p> <p>12/11/23</p> | <p><i>Dr. Shikha Das</i> M.B.B.S (Name of Dr. & Regn. No. with Stamp) डॉक्टर का नाम व इलाका नं. के साथ</p> | <p><i>OPTOM ANAND DAS</i> (Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory on behalf of Hospital) SANKAR Das ऑपरेशन के लिए अधिकृत अधिकारी</p> |
|--|--|---|

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION

आंतरिक उपयोग हेतु

| | |
|--|---|
| <p>SIGNATURE of TRUSTEE 1 रक्षक हस्ताक्षर !</p> <p><i>Safaryal</i></p> | <p>SIGNATURE of TRUSTEE 2 रक्षक हस्ताक्षर 2</p> <p><i>...</i></p> |
|--|---|