

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE
सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)
(स्वास्थ्य देखभाल)

APPLICATION NO.: K/1124/1132
आवेदन संख्या :

APPLICATION DATE: 03/11/24
आवेदन तिथि

NAME of APPLICANT: AYUB ALI MOLLA
आवेदक का नाम

AGE-YEARS: 64-वर्ष
SEX: महिला
64 M

FATHER'S/SPOUSE'S NAME: APETTER ALI MOLLA

PRESENT RESIDENCE ADDRESS: बरीमान आवासीय घर
DHEKNAMARI, NORTH 24 PARGANAS, 743441
WEST BENGAL

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS: स्थाई आवासीय घर

— AS ABOVE —

OCCUPATION:
जलसदाय

LABOURER

MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)

TOTAL ANNUAL INCOME:
कुल वार्षिक आय

$4500 \times 12 = ₹54,000/-$

(Attach Proof of Income)
(आय का साझे संलग्न)

PAN No. स्थाई स्थान संख्या

ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable):
मैं आप अंदर कर चाहा हूँ (जो साधा हो उस पर महो का निशान लगाये)

Yes / No
हाँ / नहीं

FAMILY DETAILS परिवार विवरण

Br. No. क्रम संख्या	Name of Family Member परिवार के सदस्यों का नाम	Age (Years) उम्र (वर्ष)	Gender लिंग	Relation with Applicant आवेदक के साथ सम्बन्ध
1.	AYUB ALI MOLLA	64	M	SELF
2.	TAHANARA BIBI	31	F	WIFE
3.	ABDUL AZIM MOLLA	31	M	SON
4.	HAMIDA BIBI	27	F	DAUGHTER

BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable)
सहायता के लिये विनामि अध्ययन:

BPL Card (Attach Card Copy)	EWS Certificate (Attach Certificate Copy)	Ration Card (Attach Copy)	Any Other Basis/Proof अन्य कोई साध्य
गरीबी रेखा के दीर्घ प्रमाण वर्ष (इमार पर की जानकारी संलग्न करें)	आवासीय वर्ष की साधा प्रति संलग्न करें (इमार पर की जानकारी संलग्न करें)	आवासीय वर्ष की जानकारी करें (इमार पर की जानकारी संलग्न करें)	

"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE

सहायता हेतु किये गए विनामि का उद्देश्य:

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

ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES
इस उद्देश्य के हेतु किये अन्य सहायता लियी अन्य स्रोत से लिया गया हो?

Sr. No. क्रम संख्या	NAME of OTHER SOURCE अन्य स्रोत का नाम	AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILED लोट यह सहायता गरिया



DECLARATION by APPLICANT: अप्पिकेंट द्वारा घोषणा पत्रः

- 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 पात्रक करता हूं कि इस प्राप्त में दिये गए सभी विवरण सभी जनकारी के समूका सही नहीं है। यदि कोई विवरण इस कारण असत्य या गलत है तो मैंने सहायता निरुद्ध की जा सकती है।
- 2) मैं द्वारा ज्ञात गया "कोशिका फाउंडेशन", जो नीचे जाँच होती है, उसका उपयोग उसी उद्देश्य के लिए किया जायेगा, जो इस प्राप्त में पाठ गया है।
- 3) मैं चुनौत करता हूं कि इस सहायता हेतु यह प्राप्तकर्ता की ओर है, उस गति का अधिकार का बहकन विभिन्न जनविद्यालयों का सम्मानों ने न तो नियम है और न ही भविष्य में होगा।

AGREEMENT by APPLICANT: (अप्पिकेंट द्वारा कराया)

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 fulfilment 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 प्रति पर अपने हस्ताक्षर या अंगते को लाप लगाकर, मैं (अप्पिकेंट) अपनी सहायता को पुर्ण करता हूं इस "कोशिका फाउंडेशन और उसके स्थानीयों" को अधिकृत करता हूं कि यो नाम, पता, जांच और जो विवरण इस प्राप्त में दीर्घित है, उसे "कोशिका" एवं नामी, दान, जनविद्यालयों द्वारा उपलब्धियों के लिए कियी भी प्रसार याचना में प्रतीत करने के लिए अधिकृत है। मेरे प्रत्येक का विवरण में जाहाज के नाम से बदल में करने के लिए "कोशिका फाउंडेशन" या नामी लिखकर है।

2) मैं (अप्पिकेंट) इस बात से सहमत हूं कि मेरी नाम, पता, फोटो और विवरण जो कि सहायता के उद्देश्यों में प्रतीत हैं तुम्हें बताते सहायता का जाकर नहीं बताता। इस सम्बन्ध में "कोशिका" एवं उसके स्थानीयों का विस्तृत वर्णन और वर्णनार्थी होगा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION :

अप्पिकेंट के हस्ताक्षर का लगाए जा रहा है।

[Signature]

AGREEMENT by HOSPITAL: (हस्ताक्षर द्वारा कराया)

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.

इसके अधिकृत, हस्ताक्षर की ओर से मान्यताप्राप्ती की "कोशिका फाउंडेशन" से विस्तृत सहायता हेतु विभागीय की जाती है, जिसे हम (हस्ताक्षर) निम्न प्रकार से मान्य बनायेंगे।

1) यह कि न ये कानून और न ही नियम में दीर्घित सहायता किसी भी भावकारी भूम्भान का किसी अन्य रूप से उत्तम गोपनीयताएं में से भी नहीं है, जैसे कि हमें "कोशिका फाउंडेशन" से विस्तृत विवरण उसके अन्य एवं "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा दिये गए विवरण के अन्य विवरणों की अनुमति नहीं दी जाती है। इस सहायता के उद्देश्यों में प्रतीत हैं तुम्हें बताते सहायता का जाकर नहीं बताता। इस सम्बन्ध में "कोशिका" एवं उसके स्थानीयों का विस्तृत वर्णन और वर्णनार्थी होगा।

2) "कोशिका फाउंडेशन" से नीचे दी गयी सहायता का विवरण प्रकृति की है। गोपी या हस्ताक्षर द्वारा दी गयी सहायता का विवरण वर्णन का अन्य विवरण है और "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा किसी इकात का कोई दर्शाय नहीं है। इसलिये हस्ताक्षर में से भी कोई इकात सुझा और आनंद जाने की व्यवस्था नहीं होती है।

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE
स्वीकृती के लिए चालू किया गया विवरण

Date of Surgery अंगारण की तिथि <i>3/11/21</i>	Dr. Suresh Doss Director MBBS, M.S (Ortho), DNB (Name of Dr. & Regd. No. with Stamp) राजका का नाम एवं डॉक्टरी नं. है	(Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory on behalf of Hospital) नम ब एवं हस्ताक्षर अधिकृत विभागीय
---	--	---

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION अन्तरिक उपयोग हेतु

SIGNATURE of TRUSTEE 1 नामी हस्ताक्षर 1 <i>Safayal</i>	SIGNATURE of TRUSTEE 2 नामी हस्ताक्षर 2 <i>Lokesh</i>
--	---