

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE

सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)

(स्वास्थ्य देखभाल)

Koshika
Foundation

Building block of life

APPLICATION No. : K/1124/1190

APPLICATION DATE : 13/11/24

NAME of APPLICANT : MAJED MOLYA

AGE-YEARS आयु-वर्ष

80

SEX लिंग

M

FATHER'S/SPOUSE'S NAME : BABURUDDIN MOLYA

PRESENT RESIDENCE ADDRESS वर्तमान निवासस्थान पता

MATHBARI ABAD, SANDESHKHALI - 1, NORTH 24
PARGANAS 743942, WEST BENGAL

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS स्थायी निवासस्थान पता

- AS ABOVE -

OCCUPATION : UNEMPLOYED

MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)

TOTAL ANNUAL INCOME : 4000 X 12 = 48,000/-

(Attach Proof of Income)
(आय का साक्ष्य संलग्न करें)

PAN No. स्थायी आयदाता संख्या

ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable):

Yes / No

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

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 से साप संबंध
1.	MURZINA BIBI	89	F	SELF
2.	AMIRAH BIBI	84	F	WIFE
3.	AMIRAH BIBI	55	F	DAUGHTER
4.	ABDUR MOLYA	52	M	SON

BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable)

सहायता के लिए निम्न आधार

BPL Card (Attach Card Copy) गरीबों रेशन के नीचे प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें)	BWS Certificate (Attach Certificate Copy) अल्प आय वर्ग प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें)	Ration Card (Attach Copy) उपभोगता कार्ड (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें)	Any Other Basis/Proof अन्य कोई साक्ष्य
--	---	--	--

"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE:

सहायता हेतु किसे एवं किसकी को 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 (SICS + IOL)

ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES

इस उद्देश्य को 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 AVAILED ली गई सहायता राशि

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 Kashi 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.

4) मैं योथाप करता हूँ कि इस प्रकरण में दिए गए सभी विवरण मेरी जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई विवरण एक क्षण असत्य पाया जाय है तो मेरी महाभारत निराम की जा सकती है।

5) मैं द्वारा जो महाभारत राशि "कार्डिनल फाउन्डेशन" से लेई जा रही है, उसका उपयोग उन्ही उद्देश्य की पूर्ति के लिये किया जायेगा, जो इस प्रकरण में भाग गया है।

6) मैं प्रतिबद्ध करता हूँ कि जिस महाभारत हेतु वह प्रार्थना की गई है, उस राशि का व्ययिका या समकत विवरण किसी अन्य प्रोटेन्सिबल/बीम/कम्पनी से न ले लिया है और न ही भविष्य में लीया।

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/post-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 ढङ्ग पर अपने हस्ताक्षर या अंगूठे की छाप साधक, मैं (अर्हक) अपनी सहमति की पुष्टि करता हूँ एवं "कोशिका फाउंडेशन और उसकी न्यायियों" को अधिकृत करता हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और वो विवरण इस ढङ्ग में प्रोचित है, उसे "कोशिका" एवम् न्यायी, साध, साधक/साधु द्वारा वर्ड्समिथी से जुड़ी गतिविधियों और उपलब्धियों के लिए किसी भी प्रकाश माध्यम से प्रमति करने के लिए अधिकृत है। ये ढङ्ग का विवरण ये इतना कि पहले या बाद में करने के लिए "कोशिका फाउंडेशन" व न्यायी अधिकृत है।

2) मैं (अर्हक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण को कि फाउंडेशन के वर्ड्समिथी से प्रोचित है मुझे भला; फाउंडेशन का अधिकार नहीं बनता इस सम्बंध में "कोशिका" एवम् उसकी न्यायियों का निर्णय अंतिम और बाधकारी होगा।

सावेदक के हस्ताक्षर या संगो का निशान

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 अधिष्ठाता, हस्ताक्षर की ओर से प्राप्त/प्राप्ती को "कोशिका फाउन्डेशन" से वित्तिय सहायता हेतु सिफारिश की करते हैं, जिसे हम (हस्पताल) निम्न प्रकार से मान्य व स्वीकार करते हैं।

- 1) यह कि न तो वर्तमान और न ही भविष्य में वित्तिय सहायता किसी भी सहायता समन्वय या किसी अन्य स्रोत से उठा ली/प्राप्ती में लगे या लगे रहे हैं, जैसे कि हमने "कोशिका फाउन्डेशन" से सिफारिश/प्राप्ती उठा कर समन्वय में "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा प्राप्त हेतु कि है। यदि "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा सहायता विनियम अतिरिक्त/असक्त हेतु मन्त्र नहीं किया जात है तो अस्पताल किसी अन्य गैर सहायता स्रोत या किसी अन्य समन्वय से सहायता लेने का अधिकार सुरक्षित रखा है। इस दृष्टि में स्पष्ट कहा जाता है कि अस्पताल विशेष मन्त्र उठा ली/प्राप्ती हेतु किसी गैर सहायता समन्वय या किसी अन्य स्रोत में नहीं सहायता लेंगे।
2. "कोशिका फाउन्डेशन" से ली गई सहायता केवल वित्तिय प्रकृति की है। रोगी पर हस्पताल द्वारा दी गई सहायता या किये गये उपचार/प्रक्रिया का चुनाव रोगी एवं हस्पताल के बीच का विषय है और "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई प्रभाव नहीं है। इसलिये हस्पताल में रोगी के इलाज सुरक्षा और जाने जाने की सारी जिम्मेदारी रोगी एवं हस्पताल की होगी और "कोशिका" को कोई प्रभाव या जिम्मेदारी इस मामले में नहीं होगी।

स्वीकृत्य के लिए संस्तुति

15-08-2023