

**APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE**

सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)

(स्वास्थ्य देखभाल)



APPLICATION No.: **W/1124/299**

APPLICATION DATE: **24/11/24**

NAME of APPLICANT: **NUR NECHAR BIBI MOLYA**

AGE-YEARS: **54**

SEX: **F**

FATHER'S/SPOUSE'S NAME: **ARSED ALI MOLYA**



PRESENT RESIDENCE ADDRESS

**PASCHIM UTTARPARA, PETUADHANIHATI, MAHISARIASAD, SANDESHKHALI-1, NORTH 24 FARGANAS 243442, WEST BENGAL**

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS

**- AS ABOVE -**

OCCUPATION: **HOUSE WIFE**

MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)

TOTAL ANNUAL INCOME: **9000 x 12 = 48,000/-**

(Attach Proof of income)

PAN No. (आपका पास है)

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

Yes / हाँ / No / 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.	<b>NURNECHAR BIBI MOLYA</b>	<b>54</b>	<b>F</b>	<b>SELF</b>
2.	<b>ARSHAD ALI MOLYA</b>	<b>61</b>	<b>M</b>	<b>HUSBAND</b>
3.	<b>MASHKURA KHATUN</b>	<b>26</b>	<b>F</b>	<b>DAUGHTER</b>

BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable)

<b>BPL Card (Attach Card Copy)</b> सब्सिडी कार्ड का नौचे प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें)	<b>EWS Certificate (Attach Certificate Copy)</b> अल्प आय वर्ग प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें)	<b>Ration Card (Attach Copy)</b> रेशन कार्ड (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें)	<b>Any Other Basis/Proof</b> अन्य कोई प्रमाण
---	--	--	---

"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE:

Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached अस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई उचित/सही सुझाव
1.	<b>DIAGNOSIS — CATARACT — RE</b>
2.	<b>SURGERY — RE (SICS + IOL)</b>

ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES

Sr. No. क्रम संख्या	NAME of OTHER SOURCE अन्य स्रोत का नाम	AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILED और वह सहायता कितनी

**DECLARATION by APPLICANT:** (अर्शक द्वारा कथना) :

- 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 पर कथना करता हूँ कि इस फॉर्म में दिए गये सभी विवरण सही जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई कथित सत्य एवं सत्य प्रमाण प्राप्त होता है जो मेरी मददगार विवरण को खारिज करेगा, तो मेरी मददगार निरस्त की जा सकती है।
- 2) मैं यहाँ पर कथना करता हूँ कि "कोशिका फाउन्डेशन" से जो मददगार प्राप्त होगी, उसका इस्तेमाल इसी उद्देश्य के लिए किया जाएगा, जो इस फॉर्म में बताया गया है।
- 3) मैं यहाँ पर कथना करता हूँ कि मैंने भविष्य में कभी भी इस मददगार के लिए किसी अन्य स्रोत/रोजगार/बीमा कंपनी से कोई भी मददगार नहीं लिया है और न ही भविष्य में लूँगा।

**AGREEMENT by APPLICANT** (अर्शक द्वारा कथना)

1) By affixing my signature or thumb impression on this Form, I (Applicant) hereby agree & authorize 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 फॉर्म पर अपने हस्ताक्षर या अंगूठे की छाप लगाकर मैं (अर्शक) अपनी सहमति को पृथक् करता हूँ कि "कोशिका फाउन्डेशन और इसके ट्रस्टियों" को अधिकृत करता हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और अन्य विवरण इस फॉर्म में शामिल हैं, जो "कोशिका" एवम् ट्रस्टियों, एन. एम. ए. ए. द्वारा प्राप्त की जाने वाली सहायता के लिए किसी भी प्रकार के माध्यमों द्वारा मेरे लिए अधिकृत है। मेरे नाम का विवरण को शब्दों में बदलने या बार-बार करने के लिए "कोशिका फाउन्डेशन" के द्वारा अधिकृत है।
- 2) मैं (अर्शक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण जो कि सहायता के उद्देश्यों के लिए कभी भी सहायता का इस्तेमाल नहीं होगा। इस संबंध में "कोशिका" एवम् ट्रस्टियों के निर्णय अंतिम और बाध्यकारी होंगे।

**APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION :**

अर्शक के हस्ताक्षर या अंगूठे का निशान



**AGREEMENT by HOSPITAL** (हॉस्पिटल द्वारा कथना)

By affixing hereunder, signature of our Authorized 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.

इसमें अधिकृत, हस्ताक्षर की ओर से सहायता/उपचार को "कोशिका फाउन्डेशन" से वित्तीय सहायता हेतु सिफारिश की जाती है, किसे हम (हॉस्पिटल) निम्न प्रकार से मान्यता प्रदान करते हैं।

1) मैं यहाँ पर कथना करता हूँ कि मैं (हॉस्पिटल) न तो वर्तमान में और न ही भविष्य में वित्तीय सहायता किसी भी सारकारी संस्थान या किसी अन्य स्रोत से प्राप्त करने/पान करने में सक्षम हो रहा हूँ, जैसे कि हमने "कोशिका फाउन्डेशन" से सिफारिश/सिफारिश प्राप्त की सहायता के लिए "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा मदद हेतु किया है। यदि "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा सहायता विफल प्रतीत/प्रतीत हेतु संभव नहीं किया जाय है तो हमारा निर्णय और सारकारी संस्थान या किसी अन्य स्रोत/संस्थान से सहायता प्राप्त करने का अधिकार सुरक्षित रहता है। इस पृष्ठ में जहाँ कहा गया है कि सहायता वित्तीय सहायता के लिए है, उसका अर्थ है कि सहायता के माध्यम से किसी अन्य स्रोत से नहीं ली जाएगी।

2) "कोशिका फाउन्डेशन" से ली गई सहायता केवल वित्तीय प्रकृति की है। रोगी का इलाज/उपचार द्वारा ही सही सहायता का विवरण/विवरण का चुनाव रोगी एवं हॉस्पिटल के बीच का विषय है और "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई प्रभाव नहीं है। इसीलिए हॉस्पिटल में रोगी के इलाज/उपचार और अन्य बातों को सही निर्णय/निर्णय लेनी एवं हॉस्पिटल की होगी और "कोशिका" को कोई भी प्रभाव या जिम्मेदारी इस मामले में नहीं होगी।

**RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE**

स्वीकृती के लिए संस्तुति

<p>Date of Surgery ऑपरेशन की तारीख</p> <p>24/11/24</p>	<p><i>Dr. Shiba K. Das</i> Director M.B.B.S. (Surgical Medalist) (Name of Dr. &amp; Regn. No. with Stamp) डॉक्टर का नाम व इलाज के लिए -</p>	<p><i>[Signature]</i> (Name, Designation &amp; Stamp of Authorized Signatory on behalf of Hospital) नाम व पद इलाज के लिए अधिकृत अधिकारी</p>
--	---	---

**FOR INTERNAL USE OF KOSHIKA FOUNDATION** (आन्तरिक उपयोग हेतु)

<p>SIGNATURE of TRUSTEE 1 नामों हस्ताक्षर 1</p>	<p>SIGNATURE of TRUSTEE 2 नामों हस्ताक्षर 2</p>
<p><i>[Signature]</i></p>	<p><i>[Signature]</i></p>