

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE

सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)

(स्वास्थ्य देखभाल)



Koshika
Foundation
Building Block of Life

APPLICATION No.: K/1224/1457 APPLICATION DATE: 12/12/24

NAME of APPLICANT: MASHUD MOLYA AGE-YEARS: 71 SEX: M

FATHER/SPOUSE'S NAME: MAHAMMAD ALI

PRESENT RESIDENCE ADDRESS: DAYRAGACHHA, CHOWHATA, HAROA,

NORTH 24 PARGANAS, 743425, WEST BENGAL

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS: — AS ABOVE —

OCCUPATION: RIKSHAW PULLER

MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)

TOTAL ANNUAL INCOME: 4500X12 = 54,000/-

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

PAN No. रपट संख्या

ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable):
क्या आप आय कर दाता हैं (जो मध्य हो उस पर खींचे का निशान लगावे)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 सम्बन्ध
1	MASHUD MOLYA	71	M	SELF
2	ANOWARA BIKBI	68	F	WIFE
3	SAKIR MOLYA	40	M	SON
4	MANOWARA BIKBI	39	F	DAUGHTER
5	TAHAMINA BIKBI	34	F	DAUGHTER

BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable)

सहायता के लिये निम्न आधार

BPL Card (Attach Card Copy) सहायता हेतु के लिये प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की प्रतिलिपि संलग्न करें)	EMIS Certificate (Attach Certificate Copy) स्वास्थ्य सेवा के प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की प्रतिलिपि संलग्न करें)	Ration Card (Attach Copy) उपभोग्यता कार्ड (प्रमाण पत्र की प्रतिलिपि संलग्न करें)	Any Other Basis/Proof अन्य कोई साक्ष्य
---	--	---	--

"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE:

सहायता हेतु लिये गये निम्न कारण दर्शाएँ:

Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached वास्तविक/प्रीस्क्रिप्शंस संलग्न
1.	DIAGNOSIS — CATARACT — LE
2.	SURGERY — LE (SICS + IOL)

ASSISTANCE BEING AWARDED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES

इस उद्देश्य के हेतु कोई अन्य सहायता किसी अन्य स्रोत से लिये गयी है?

Sr. No. क्रम संख्या	NAME of OTHER SOURCE अन्य स्रोत का नाम	AMOUNT of ASSISTANCE BEING AWARDED सी उद्देश्य हेतु सहायता राशि

DECLARATION by APPLICANT: **अर्हक द्वारा घोषणा की जाती है:**

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.

AGREEMENT by APPLICANT (नामकेल ह्या कर्त)

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.

2) मैं (आवेदक) इस बात से साक्ष्य हूँ कि मेरा नाम, पता, पते और विवाह का कि सहायक की उपस्थिति से प्रमाणित है मुझे स्वतः साक्ष्य का समर्थन नहीं करता। इस समर्थन में "पोलिम" एवम् उसके न्यायिकों का निर्णय और सहायक को सहायक

आपकी सेवा के लिए हमें सहायता करने का संकल्प है।

AGREEMENT by HOSPITAL (हॉस्पिटल से सहमति)

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.

1) यह कि न तो कांग्रेस और न ही बालिय में किसी सामान्य निजी गैर सरकारी संस्थान या निजी अन्य कक्ष से उक्त सेवी-चालते में कोई बंधन है, जैसे कि हमने "कोरिडोर कालेजेशन" से विभागीय-निजी कक्ष के सम्बन्ध में "कोरिडोर कालेजेशन" उक्त कक्ष से कि है कि "कोरिडोर कालेजेशन" उक्त सामान्य निजी कालेजेशन से उक्त कक्ष से कि है कि सामान्य निजी अन्य गैर सरकारी संस्थान या निजी अन्य सम्बन्ध से सामान्य लेने का अधिकार सुरक्षित रहता है। इस दृष्टि में स्पष्ट कहा जाता है कि सामान्य निजी कक्ष उक्त सेवी-चालते से कि निजी गैर सरकारी संस्थान या निजी अन्य सम्बन्ध से नहीं लेना-देना।

2. "बेसिका फाउन्डेशन" से की गई सहायता योग्य निहित प्रकृति की हो होगी या सम्पत्ति प्राप्त की गई प्रत्येक वर्ष के आयकरवर्ष के अन्त में प्राप्त की गई होगी या न मिले है और "बेसिका फाउन्डेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई रकम नहीं है। इसीसे सम्पत्ति में कोई भी रकम प्राप्त की गई है या नहीं की गयी है और "बेसिक" को कोई प्रभित या विधेयता प्राप्त करने में नहीं होगी।

Dr. Shibashis Das के लिए संस्तुति

17 | 12 | 24

(Name of Dr. & Regn. No. with Stamp)

इत्यत्र का नाम व इत्यत्र व रति न

(Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory
on behalf of Hospital)

नाम व पद वर्तमान अभिलेख अधिकारी

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION खन्तरिक उपयोग हेतु

न्यासी प्रत्यक्ष ।

गुणो दत्तः २

Defendant

2017