

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE
सहायता देते आवेदन प्राप्ति

(Healthcare)
(स्वास्थ्य देखभाल)

APPLICATION No. : आवेदन संख्या :	K/ 1224 / 1457	APPLICATION DATE: आवेदन तिथि:	17/12/29
NAME of APPLICANT: आवेदक का नाम	MASHUD MOLYA	AGE-YEARS वय-वर्ष:	71
FATHER'S/SPOUSE'S NAME: पिता/स्त्री का नाम	MA HAMMAD ALI	SEX लिंग:	M
PRESENT RESIDENCE ADDRESS: वर्तमान बासस्थान परा DARAGACHHA, CHOWHATA, HAROA, NORTH 24 PARGANAS - 743425, WEST BENGAL			
PERMANENT RESIDENCE ADDRESS: स्थान बासस्थान परा			
— AS ABOVE —			

OCCUPATION: अपनाया	RICKSHAW PULLER	MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)		
TOTAL ANNUAL INCOME: कुल वार्षिक व्यय	4500X12 = 54,000/-	(Attach Proof of Income) (जल्द वा उत्तर संलग्न)		
PAN No. राज्य खाता संख्या				
ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable): क्या यह जगत् कर याता है (जो मात्र हो उस पर सही का विश्वान लगायें)		Yes / No हाँ / नहीं		
FAMILY DETAILS घरेला विवरण				
Sr. No. क्रम संख्या	Name of Family Member घरेला के सदस्यों का नाम	Age (Years) वय (वर्ष)	Gender लिंग	Relation with Applicant आवेदक के साथ सम्बन्ध
1	MASHUD MOLYA	71	M	SELF
2	ANDRA BI/51	68	F	WIFE
3	SAKIR MOLYA	21	M	SON
4	HANWARA BI/51	39	F	DAUGHTER
5	TAHMINA BI/31	34	F	DAUGHTER

BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable)
सहायता के लिये किसीं वापर

BPL Card (Attach Card Copy) बीपीएल के लिये प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र को छाप गयी संलग्न करें)	ELHS Certificate (Attach Certificate Copy) इल्हस कार्ड की अपार्टमेंट पत्र (अपार्टमेंट की छाप गयी संलग्न करें)	Ration Card (Attach Copy) उत्तरवाही कार्ड (उत्तरवाही की छाप गयी संलग्न करें)	Any Other Basis/Proof अन्य कोई साक्ष
--	--	---	---

"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE:

सहायता देते लिये गये निम्नी का उत्तर्स्वरूप:

Sr. No. क्रम संख्या	Medical Report/Prescriptions Attached वास्तविकताएंटर दे वाली को पार्स रिपोर्ट या डिप्रिक्शन सही संलग्न		
1.	DIAGNOSIS — CATARACT — LE		
2.	SURGERY — LE (STICS + IOL)		

ASSISTANCE BEING AWAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES
सहायता के देते चोई अन्य स्रोतों द्वारा दियी जाने वाली स्रोत से लिया जाए है?

Sr. No. क्रम संख्या	NAME of OTHER SOURCE अन्य स्रोत का नाम	AMOUNT of ASSISTANCE BEING AWAILED दी जाने वाली रकम



DECLARATION by APPLICANT: नमूने का द्वारा पाठ्य प्रक्रिया:

- 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 नमूना करना हूँ कि इस प्राप्ति में लिखे गये जारी नियमों के कानून समझ सही है। और नमूने में लिखा जाना चाहिए है कि मैं नमूना नियमों को जारी रखता हूँ।
- 2) मैं इस नमूने का नाम भी "कोशिका फाउंडेशन", ऐसा नहीं कर सकता, उसका उपयोग उनके अधिकारी को द्वारा किया जाना चाहिए, जो इस प्राप्ति में दिया गया है।
- 3) मैं पुष्टि करता हूँ कि नियम नामकरण द्वारा दिया गया नाम का उपयोग वर्तमान में बदल दिया गया है तो यह नाम नहीं पर्याप्त है।

AGREEMENT by APPLICANT (नमूने का नाम)

1) By affixing my signature or thumb impression on this Form, I (Applicant) hereby agree & authorise Koshika Foundation and its Trustees to use/publish/republish/print/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 is this regard will be final and acceptable to me.

- 1) इस प्राप्ति पर अपने नामकरण का अनुमति दी जाना चाहिए ताकि उपर्युक्त कानून के अनुसार नामकरण का अनुमति दी जाना चाहिए। ऐसा नामकरण को उपर्युक्त कानून के अनुसार नामकरण का अनुमति दी जाना चाहिए। ऐसा नामकरण को उपर्युक्त कानून के अनुसार नामकरण का अनुमति दी जाना चाहिए।
- 2) मैं (अपने कानून के अनुसार) इस नाम का नामकरण दी जाना चाहिए क्योंकि उपर्युक्त कानून के अनुसार नामकरण का अनुमति दी जाना चाहिए।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION:

नामकरण के अनुसार या अनुमति का नियम

AGREEMENT by HOSPITAL (इसका द्वारा कानून)

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 instruments/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.

उपर्युक्त नामकरण को नाम का नामकरण के अनुसार दी जाना चाहिए क्योंकि उपर्युक्त कानून के अनुसार नामकरण का अनुमति दी जाना चाहिए।

1) यह कि न हो कानून और न हो नामकरण में नियम नामकरण का अनुमति दी जाना चाहिए। ऐसा नामकरण के अनुसार नामकरण का अनुमति दी जाना चाहिए। ऐसा नामकरण के अनुसार नामकरण का अनुमति दी जाना चाहिए।

2) "कोशिका फाउंडेशन" को दी गई नामकरण की अनुमति दी जाना चाहिए। ऐसा नामकरण का अनुमति दी जाना चाहिए। ऐसा नामकरण को दी जाना चाहिए। ऐसा नामकरण को दी जाना चाहिए।

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE

Dr. Shashikant नामकरण के लिए अनुमति

Date of Surgery अनुमति की दिनांक 17/12/24	M.B.B.S M.S. Gold Medalist Reg no. 71035 (Name of Dr. & Regn. No. with Stamp) दास्तावच का नाम व नामकरण का नाम	OPTIONAL APPROVAL DAS <i>Sankara Das</i> (Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory SANKARA DAS on behalf of Hospital) कम व पद हस्पताल नामकरण की अनुमति
---	---	--

FOR INTERNAL USE of KOSHAKA FOUNDATION

वर्तमान उपयोग के लिए

SIGNATURE of TRUSTEE 1
नामी इस्ताम् ।

S. Sankara Das

SIGNATURE of TRUSTEE 2

नामी इस्ताम् 2

S. Sankara Das