

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE  
सहायता देने वाले दस्तावेज़ प्रारूप

(Healthcare)  
(स्वास्थ्य देखभाल)

APPLICATION NO.: K/1224/1472  
आवेदन संख्या :

APPLICATION DATE: 19/12/24  
आवेदन तिथि

NAME of APPLICANT: NECHAR MOLLA  
आवेदक का नाम

AGE IN YEARS वय-वर्ष  
63  
SEX लिंग  
M

FATHER'S/SPOUSE'S NAME: TAPCHER MOLLA  
जिता/स्त्री का नाम

PRESENT RESIDENCE ADDRESS: वासना व्यापारी का  
DHERNAMARI, MORTH 2A PARGANAS +13442  
WEST BENGAL

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS: वास्तविक वासना का

OCCUPATION: FISH SELLER  
जावस्थिय

MARRIED (मिश्रित) / UNMARRIED (अविवाहित)

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

(Attach Proof of Income)  
(अपने का साधा संलग्न)

PAN No. स्थाई व्याप संख्या

ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable):  
मैंने आप व्याप कर दिया है (जो मास्य हो उस पर मुझे का निश्चिन्त लगाये)

Yes / No  
हाँ / नहीं

FAMILY DETAILS घरिना विवरण

Sr. No. क्रम संख्या	Name of Family Member घरिना के सदस्य का नाम	Age (Years) वय (वर्ष)	Gender लिंग	Relation with Applicant आवेदक के साथ सम्बन्ध
1.	NECHAR MOLLA	64	M	SELF
2.	FATEMA BIBI	61	F	WIFE
3.	RAIMA BIBI	29	F	DAUGHTER
4.	SAZMA BIBI	36	F	DAUGHTER
5.	KALAM MOLLA	31	M	SON

BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable)  
सहायता के लिये विविहत व्याप

BPL Card (Attach Card/ Copy) बीपीएल के लिये उपलब्ध व्याप (उपलब्ध व्याप की डाका प्रति संधार करो)	EHS Certificate (Attach Certificate Copy) व्याप व्याप करने उपलब्ध व्याप (उपलब्ध व्याप की डाका प्रति संधार करो)	Ration Card (Attach Copy) उपलब्ध व्याप (उपलब्ध व्याप की डाका प्रति संधार करो)	Any Other Basic Proof व्याप करने साथ
--	---	--	--

"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE:

स्वास्थ्य के लिये गमे विवाही व्याप उपलब्ध:

Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached आवासकार्यालय से चिकित्सा की गई अविवाहित सूची संहिता	
1.	DIAGNOSIS	CATARACT - LE
2.	SURGERY	- LE (SMR + IOL)

ASSISTANCE BEING AWAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES  
इस उपलब्ध के लिये जोई व्याप सहायता दियी गयी अन्य स्रोत से लिया गया है?

Sr. No. क्रम संख्या	NAME of OTHER SOURCE अन्य व्याप का नाम	AMOUNT of ASSISTANCE BEING AWAILED तो गई सहायता कीमत



**DECLARATION by APPLICANT:** अप्पेलेंट द्वारा दिए गए घोषणा यहः

- 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 सोचता हूं कि इस प्राप्ति में सिंगल और जनकारी के बहुमात्र समर्थन की है। यदि कोई विकल्प यह नवाच जल्दी उपलब्ध हो तो मैंने उसका नियम कीजा जल्दी है।  
 2) मैं द्वारा जारी की गयी "कोशिका यात्रावेताह", मेरी यात्रा की अनुसंधान की भूमि के सिंगल विषय के रूप में यह प्राप्ति है।  
 3) मैं नुस्खे का काम हूं कि विकल्प उपलब्ध होने की वारंवारी है, तो मैंने उसकी विकल्प की जगह संभालने का अनुरोध किया है और यह अप्पेलेंट में दिए गए।

**AGREEMENT by APPLICANT (अप्पेलेंट द्वारा करता)**

- 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 प्राप्ति पर आपने उत्तराधिकार या लंबे को जारी रखकर, मैं (अप्पेलेंट) करते हुए कहा हूं कि "कोशिका यात्रावेताह" ने अधिकृत काम हूं कि यह एक यात्रा, फोटो और वीडियो इस प्राप्ति में शामिल है, जो "कोशिका" एवं नवाची, पर्सन, यात्रावेताह द्वारा उत्पादित होते हैं और उपलब्धताओं के सिंगल विषय की जगह नवाची के प्राप्तित रूप से उपलब्ध होता है जो इसका उपलब्ध करने के लिए "कोशिका यात्रावेताह" वाली विविधता है।  
 2) मैं (अप्पेलेंट) यह वाले सिंगल द्वारा हूं कि मैं एक यात्रा, फोटो और विवाह के लिए उपलब्ध होते हैं और उपलब्ध करने के लिए कोशिका एवं नवाची द्वारा जारी की जानी जाएगी।

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

अप्पेलेंट को उत्तराधिकार पर लगाये जाने वाले छाप

**AGREEMENT by HOSPITAL (इस्पात द्वारा करता)**

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.

हमारी शिक्षा, स्वास्थ्य और सेवा के अपारदेशीय को "कोशिका यात्रावेताह" के सिंगल उपलब्ध की जाती है, जिसके द्वारा (यात्रावेताह) जिन उपकरण से मात्र व स्वीकार करते हैं।  
 1) यह कि हम योग्यता वाले व ही विवाह में उपलब्ध विवाही वीवे यात्रावेताह सेवायां या उत्तीर्ण यात्रावेताह में लौटे या जाए हैं, जिसके द्वारा "कोशिका यात्रावेताह" से विविध विविध उपकरण में "कोशिका यात्रावेताह" द्वारा यात्रा द्वारा है। यदि "कोशिका यात्रावेताह" द्वारा यात्रा द्वारा उपलब्ध नहीं होता तो यह है कि उपलब्ध करने वाली यात्रा या उपलब्ध होती है। इस पूर्ण में साथ यहां यात्रा है कि अप्पेलेंट द्वारा उपलब्ध करने वाली यात्रा या उपलब्ध होती है।

2. "कोशिका यात्रावेताह" से लौटे योग्य यात्रावेताह विविध प्रकृति की है। ये लौटे योग्य यात्रावेताह में साथ या अप्पेलेंट की यात्रा वाली है। अप्पेलेंट की यात्रा वाली यात्रावेताह विविध विविध उपकरण से उपलब्ध होती है। यदि अप्पेलेंट की यात्रा वाली यात्रावेताह विविध विविध उपकरण से उपलब्ध होती है। यदि अप्पेलेंट की यात्रा वाली यात्रावेताह विविध विविध उपकरण से उपलब्ध होती है।

**RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE**  
स्वीकार के लिए संतुष्टि*Dr. Shibashis Das*

M.B.B.S

Gold Medalist

(Name एवं डिग्री विषय से संबंधित दस्तावेज का उपलब्ध होनी चाहीए)

Date of Surgery  
अप्पेलेंट की उपलब्धि  
**15/12/24***OPTIONAL STAMP/DIGITAL SIGNATURE*(Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory  
on behalf of Hospital)  
**SANKALPA**

उपलब्धि की जगह अप्पेलेंट की जगह

**FOR INTERNAL USE OF KOSHIKA FOUNDATION** **अप्पेलेंट द्वारा है****SIGNATURE of TRUSTEE 1****नवाची यात्रावेताह 1***S. Das***SIGNATURE of TRUSTEE 2****नवाची यात्रावेताह 2***L. Das*