

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE

सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)

(स्वास्थ्य देखभाल)

Koshika
foundation

Building block of life

APPLICATION No. :
आवेदन संख्या :

M/1022/0345

APPLICATION DATE :
आवेदन तिथि

09/10/22

NAME of APPLICANT :
आवेदक का नाम

HANNAN MOLLA

AGE-YEARS आयु-वर्ष

62

SEX लिंग

M

FATHER'S/SPOUSE'S NAME :
पिता/कन्या का नाम

JUBBAR MOLLA

PRESENT RESIDENCE ADDRESS वर्तमान आवास पता

BULARCHAK, ANDWARPUR, SOUTH 24 PARGANAS 743336,
WEST BENGAL

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS स्थाई आवास पता

- AS ABOVE -

OCCUPATION :
व्यवसाय

FARMER

MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)

TOTAL ANNUAL INCOME :
कुल वार्षिक आय

Rs. 2000 x 12 = 24,000/-

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

PAN No. स्वयं खाता संख्या

ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable):
क्या आय आय कर दाता है (जो सत्य हो उस पर सही का निशान लगाए)Yes / No
हां / 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.	HANNAN MOLLA	62	M	SELF
2.	NEER BANU	57	F	WIFE
3.	RAHAMAN MOLLA	35	M	SON
4.	MOTIBUR MOLLA	34	M	SON
5.	ASIFUR RAHAMAN MOLLA	30	M	SON
6.	SARIFUL MOLLA	28	M	SON

BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable)
सहायता के लिये विनियत आधार

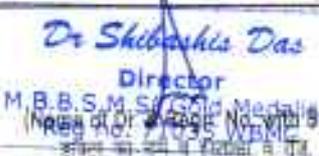
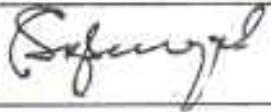
BPL Card (Attach Card Copy) गरीबी रेखा के नीचे प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें)	EWS Certificate (Attach Certificate Copy) अल्प आय वर्ग प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें)	Ration Card (Attach Copy) रूखपोशा कार्ड (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें)	Any Other Basis/Proof अन्य कोई साक्ष्य

"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE:
सहायता हेतु किये गये विनियम का 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 के हेतु कोई अन्य सहायता किसी अन्य स्रोत से लिया गया है?

Sr. No. क्रम संख्या	NAME of OTHER SOURCE अन्य स्रोत का नाम	AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILED लेई गई सहायता राशि

DECLARATION by APPLICANT: आवेदक द्वारा संज्ञा: पत्र- 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 घोषणा करता हूँ कि इस फॉर्म में दिये गये सभी विवरण सही जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई मिथ्या एवं कथन असत्य पाया जाता है तो सभी सहायता वित्त को वापस किया जा सकता है। 2) मैं घोषणा करता हूँ कि "कोशिका फाउंडेशन", से जो भी मदद मिले, उसका उपयोग उसी उद्देश्य को पूर्ण करने के लिए किया जाएगा, जो इस फॉर्म में बताया गया है। 3) मैं पुष्टि करता हूँ कि मैंने सहायता हेतु यह प्रार्थना की नहीं है, उसे पूर्ण या आंशिक रूप से किसी अन्य स्रोत/नियोक्ता/बीमा कम्पनी से न तो लिया है और न ही भविष्य में लूँगा।	
AGREEMENT by APPLICANT (आवेदक द्वारा करार) 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 फॉर्म पर अपने हस्ताक्षर या अंगुठी का छाप लगाकर, मैं (आवेदक) अपने सहयोग को पुष्टि करता हूँ एवं "कोशिका फाउंडेशन और ट्रस्टियों" को अधिकृत करता हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और जो विवरण इस फॉर्म में घोषित हैं, उसे "कोशिका" एवम् ट्रस्टियों, राज, वाचना/या दूसरे उद्देश्य से कुछ विज्ञापित करने और इलाहाबाद के लिये किसी भी प्रकार माध्यम से प्रसारित करने के लिए अधिकृत है। मेरे द्वारा या विभाग को इसका उपयोग करने से पहले या बाद में करने के लिए "कोशिका फाउंडेशन" व ट्रस्टियों अधिकृत हैं। 2) मैं (आवेदक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण को किसी सहायता के उद्देश्य से प्रसारित नहीं किया जा सकता। सहायता का इस्तेमाल नहीं करना। इस सम्बन्ध में "कोशिका" एवम् ट्रस्टियों का निर्णय अंतिम और अपरिवर्तनीय होगा।	
APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION: आवेदक के हस्ताक्षर या अंगुठी का छाप 	
AGREEMENT by HOSPITAL (हस्पताल द्वारा करार) 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 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 अधिकृत, इलाहाबाद की ओर से मामले/रोगी को "कोशिका फाउंडेशन" से वित्तीय सहायता हेतु सिफारिश को जारी है, जिसमें हम (हस्पताल) निम्न प्रस्ताव से मान्यता दे रहे हैं। 1) वह कि न तो वर्तमान और न ही भविष्य में वित्तीय सहायता किसी भी सहायता संस्था या किसी अन्य स्रोत से इस रोगी/मामले में लगे या ले रहे हैं, जैसे कि हमने "कोशिका फाउंडेशन" से सिफारिश/सिफारिश रखे हैं। यदि "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा सहायता प्रदान नहीं की जाती है, तो हमें सहायता संस्था या किसी अन्य स्रोत से सहायता लेने का अधिकार सुरक्षित रहता है। इस पुष्टि में स्पष्ट कहा जाता है कि अस्पताल द्वितीय मदद उच्च रोगी/मामले हेतु किसी भी सहायता संस्था या किसी अन्य स्रोत से नहीं लेगा/लेगी। 2. "कोशिका फाउंडेशन" से जो भी सहायता प्राप्त की जाती है, रोगी या हस्पताल द्वारा ही नहीं किया जा सकता है। रोगी या उपचार/प्रक्रिया का चुनाव रोगी एवं हस्पताल के बीच का विषय है और "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई प्रभाव नहीं है। इसलिए हस्पताल में रोगी को इलाज मुफ्त और जाने जाने की सारी जिम्मेदारियाँ रोगी एवं हस्पताल को होंगी और "कोशिका" को कोई भूमिका या जिम्मेदारी इस मामले में नहीं होगी।	
RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE स्वीकृति के लिए संस्तुति	
Date of Surgery अतिरिक्त की तारीख 09/10/22	 Dr. Shibashis Das Director M.B.B.S., M.S. (General Medicine) (Name of Dr. or Surgeon No. with Stamp) अतिरिक्त के नाम व पता के साथ
 OPTIKAR ANAND DAS Senior program officer (Name, Designation & Stamp of Authorized Signatory) SANKARANYA HOSPITAL नाम व पद हस्पताल अधिकृत अधिकारी	
FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION आन्तरिक उपयोग हेतु	
SIGNATURE of TRUSTEE 1 न्यासी हस्ताक्षर 1 	SIGNATURE of TRUSTEE 2 न्यासी हस्ताक्षर 2 