

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE (Healthcare)		(Healthcare) (स्वास्थ्य देखभाल)		 Koshika foundation Building block of life.	
APPLICATION No.: K/0618/0442		APPLICATION DATE: 02.06.18			
NAME of APPLICANT: AB. LOTIF MOLLA		AGE-YEARS मातृ-वर्ष 58		SEX लिंग M	
FATHER'S/SPOUSE'S NAME: GOLAM BARI MOLLA					
PRESENT RESIDENCE ADDRESS वर्तमान आवासीय पता MURARISHAH, RAJAPURA, NORTH 24 PARGANAS, 743456, WEST BENGAL					
PERMANENT RESIDENCE ADDRESS स्थायी आवासीय पता AS ABOVE					
OCCUPATION: FARMER		MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)			
TOTAL ANNUAL INCOME: RS-1760X12 = 20400		(Attach Proof of Income) (आप का साक्ष्य संलग्न)			
PAN No. स्थायी खाता संख्या					
ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable): क्या आप आय कर दाता हैं (जो मान्य हो उस पर सही का निशान लगाएं) 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 सम्बंध	
1.	AB. LOTIF MOLLA	58	M	SELF	
2.	FIROJA BAI	50	F	WIFE	
3.	MIYARAJ MANNA	27	M	SON	
4.	ABDUL SAMIM	23	M	SON	
BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable) सहायता के लिये विवृति आधार					
BPL Card (Attach Card Copy) गरीबी रेशा के नीचे प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें)		EWS Certificate (Attach Certificate Copy) आय आय वर्ग प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें)		Ration Card (Attach Copy) उपभोक्ता कार्ड (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें)	
Any Other Basis/Proof अन्य कोई साक्ष्य					
"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE: सहायता हेतु किसे नये निशानों का उद्देश्य:					
Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached अस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई प्रतिवेदन सूची संलग्न				
1.	DIAGNOSIS- CATARACT (L)				
1.	SURGERY- L (SICUTM)				
ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES इस उद्देश्य के हेतु कोई अन्य सहायता किसी अन्य स्रोत से लिया गया हो?					
Sr. No. क्रम संख्या	NAME of OTHER SOURCE अन्य स्रोत का नाम	AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILED कौन सी सहायता मिली			

DECLARATION by APPLICANT: **आवेदक द्वारा घोषणा पर:**

- 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 बताना हूँ कि इस प्रश्न में दिये गये सभी विवरण मेरी जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई विवरण सत्य कथन प्रमाण प्राप्त जाता है तो मेरी सहायता निरस्त की जा सकती है।
- 2) मेरी द्वारा जो सहायता तथा "कोशिका फाउंडेशन", से ली जा रही है, उसका उपयोग उसी उद्देश्य की पूर्ति के लिये किया जाएगा, जो इस प्रश्न में माग गया है।
- 3) मैं यहाँ पर बताना हूँ कि क्या सहायता हेतु यह प्रश्न की गई है, उस राशि का अधिक या समान विस्तार किसी अन्य स्रोत/निरोधक/बीमा कम्पनी से न लीया है और न ही भविष्य में लीया।

AGREEMENT by APPLICANT (सहमत करणारा)

- 1) By affixing my signature or thumb impression on this Form, I (Applicant) hereby agree & authorise 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 प्रार का अपने हस्ताक्षर या मोहरे की छाप लगाकर, मैं (आवेदक) अपनी समझौते की पुष्टि करता हूँ एवं "कोशिका फाउंडेशन और उसके न्यासीयों" को अधिकृत करता हूँ कि वे मेरा नाम, पता, फोटो और जो विवरण इस प्रार में धोखित है, उसे "कोशिका" एजन्सियों, दान, दानदाता दूसरे उद्देश्य से कुटी गतिविधियों और उपस्थितियों में लिखे किसी भी प्रकार माध्यम से प्रस्तुति करने में लिख अधिकृत है। मेरे प्रार का विवरण मेरे हस्ताक्षर के पहले या बाद में करने में लिख "कोशिका फाउंडेशन" व न्यासी अधिकृत है।
- 2) मैं (आवेदक) इस बात से सहमत हूँ कि वे मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण जो कि सहायता के उद्देश्य से प्रेषित है कुछ सहायता का हकदार नहीं करता। इस सम्बंध में "कोशिका" एजन्सियों उसके न्यासीयों का निर्णय अंतिम और बाध्यकारी होगा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION :

अध्यापक डॉ. इमरान का ज़ेपे का निवास



AGREEMENT by HOSPITAL (醫院同意書)

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:

- 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 अधिकांश जनसंख्या की ओर से सामान्यतः की जाने वाली "कोशिका काउन्टिंग" से विविध सहायता हेतु सिफारिश की जाती है, जिसे हम (हमसारा) निम्न प्रकार से मान्य व स्वीकार करते हैं।

- 1) यह कि न तो सचित्र और न ही चित्रित में विविध साधन किसी भी साधनी संस्था या किसी अन्य स्तरों से उक्त ऐपीयममें में लेने या ले रहे हैं, जैसे कि इनमें "कोशिका चारन्देन" से विपरीत/विपरीत उक्त के सम्बन्ध में "कोशिका चारन्देन" द्वारा गहरा हेतु कि है। यदि "कोशिका चारन्देन" द्वारा साधना किसी अधिकारकाल हेतु मनुष्य की किच जाल है तो अगला किसी अन्य भी साधनी संस्था या किसी अन्य संस्थाओं से साधना लेने का अधिकार सुरक्षित रहता है। इस पृष्ठ में स्पष्ट कहा जात है कि अगला द्वितीय गहर उक्त ऐपीयममें हेतु किसी भी साधनी संस्था या किसी अन्य साधन से नहीं लेने/लेगी।
2. "कोशिका चारन्देन" से लेनी गई साधना कोस विविध प्रकृति की है। ऐसी या इनसात द्वारा लेनी गई साधना या किने गये उपसा/उपसा का पुराना ऐपी एवं इनसात को कोस का विषय है और "कोशिका चारन्देन" द्वारा किसी प्रकार का कोई एकाग्र नहीं है। इसीलिए इनसात में ऐपी के द्वारा सुरक्षा और अपने अपने की सारी जिम्मेदारी ऐपी एवं इनसात की होती है और "कोशिका" को कोई सुरक्षा या जिम्मेदारी इस मामले में नहीं होती।

RECOMMENDED FOR ACCEPTENCE

मयीकाली चं लिप्य संमरुति

Date of Surgery

अपेक्षा का आधार,
अपेक्षा की शक्ति

02.06.18

Arindam Deb
MBBS, DO, FRCS
Reg. No. 58098
(Name of Dr. & Regn. No. with Stamp)

Satish Kar Bagchi
Director
(Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory
on behalf of Hospital)
नाम व पद इसका अधिकृत अधिकारी

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION

आन्तरिक उपयोग हेतु

SIGNATURE of TRUSTEE 1

स्वामी इन्द्रानन्द ।

Exempel

SIGNATURE of TRUSTEE 2

न्यासी हस्ताक्षर 2

here