

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE

सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)

(स्वास्थ्य देखभाल)

Koshika
foundation

Building block of life.

APPLICATION No.:

K/0748/0839

APPLICATION DATE:

03/08/18

आवेदन संख्या:

आवेदन तिथि

NAME of APPLICANT:

EMARAT MOLLA

आवेदक का नाम

AGE-YEARS आयु-वर्ष

75

SEX लिंग

M

FATHER'S/SPOUSE'S NAME:

CHHOLEMAN MOLLA

पिता/सहोदर का नाम

PRESENT RESIDENCE ADDRESS वर्तमान आवासीय पता

HARIPUR, KHALISADI, NORTH 24 PARGANAS,
743425, WEST BENGAL

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS: स्थाई आवासीय पता

AS ABOVE

OCCUPATION:

UNEMPLOYED

व्यवसाय

TOTAL ANNUAL INCOME:

NIL

कुल वार्षिक आय

(Attach Proof of Income)

(आप का साक्ष्य संलग्न)

PAN No. स्थाई खाता संख्या

ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable):

Yes / NO

हाँ / नहीं

क्या आप आय कर दाता हैं (जो मान्य हो उस पर सही का निशान लगाएं)

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.	EMARAT MOLLA	75	M	SPIE
2.	RITIKA BISI	68	F	WIFE
3.	HAFIZUL MOLLA	46	M	SON
4.	ROBUL MOLLA	44	M	SON
5.	ESADUL MOLLA	40	M	SON

BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable)

सहायता के लिए विनति आधार

BPL Card (Attach Card Copy) गरीबी रेषा 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) उपभोक्त कार्ड (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें)	Any Other Basis/Proof अन्य कोई साक्ष्य
---	---	--	--

"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE:

सहायता हेतु किये गये विनती का उद्देश्य:

Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached अस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई प्रतिवेदन भूषी संलग्न
1.	DIAGNOSIS - CATARACT
2.	SURGERY - IE (SICS + IOL)

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 ले गई सहायता राशि

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 स्पष्ट करता हूँ कि इस प्रश्न में दिये गये सभी विवरण सही जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई विवरण एवं कथन अवास्तविक एवं झूठा हो तो मेरी सहायता प्राप्त की जा सकती है।

2) मैं इस जो सहायता यदि "कोशिका फाउंडेशन", से ली जा रही है, उसका उपयोग उसी उद्देश्य की पूर्ति के लिये किया जायेगा, जो इस प्रश्न में कहा गया है।

3) मैं यहाँ स्पष्ट करता हूँ कि मैं इस सहायता से प्राप्त की गई है, उस राशि का अधिकतम या समस्त हिस्सा किसी अन्य सोर्स/एम्प्लॉयर/इन्सुरेंस कंपनी से न ली जा रहा है और न ही भविष्य में ली जा

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 donation to 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 प्रश्न का ज्ञान इसका या जेठे की ज्ञान लगाकर, मैं (जानेकर) अपनी साधना को पुष्टि करता हूँ एवं "बौद्धिक आदर्शवाद और उसके मूल्यों" को अधिकृत करता हूँ कि मैं ज्ञान, धर्म, श्रद्धा और जो विचार इस प्रश्न में धर्मित है, उसे "बौद्धिक" रूप में ज्ञान, धर्म, साधना धर्म उद्देश्य से जुड़ी गतिविधियों और उपलब्धियों को निम्न किन्हीं भी प्रकार सम्भव से प्रसारित करने को हित अधिकृत है। मैं प्रश्न का विचार मैं ज्ञान को ज्ञान या धर्म में करने को हित "बौद्धिक आदर्शवाद" में ज्ञान अधिकृत है।

2) ये (अर्थशास्त्र) इस बात से सहमत हैं कि मीठा, नमक, चूने और धिराग को कि सहायता को उद्देश्यों से प्रेरित है मुझे मला: सहायता का इकाय नहीं बनाता। इस सम्बन्ध में "कॉलेज" एम्पू इसके प्रतिष्ठानों का निर्माण और सहायता को।

आवेदक के हस्ताक्षर या अंगूठे का निशान

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.

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.

इसमें अतिवृद्ध, बालाशयी की ओर से सम्बन्धितों को "कॉन्सिडरेशन" से विलीन कराया हुआ सिफारिश की जाती है, जिसे इन (अल्पवयस्क) विनम्र प्रकार से मान्य व स्वीकार करने है।

1) यह कि न तो परिवार और न ही परिवर्धन में विविध महापक्ष किसी भी साक्षरी संस्था या किसी अन्य संस्था से उक्त रोटी-प्याले में (1) या तो नहीं है, बल्कि कि हमने "कोशिका पाउन्डेशन" से निष्पत्ति/निष्पत्ति उक्त के सम्बंध में "कोशिका पाउन्डेशन" द्वारा नगर हेतु कि है। यदि "कोशिका पाउन्डेशन" द्वारा महापक्ष विविध व्यक्ति/व्यक्ति/सम्बन्ध हेतु मान्य नहीं किया जाता है तो सम्बन्धित किसी अन्य भी साक्षरी संस्था या किसी अन्य सम्बन्धन से महापक्ष लेने का अधिकार सुनिश्चित रहता है। इस दृष्टि में स्पष्ट कहा जाता है कि सम्बन्धित द्वितीय नगर उक्त रोटी-प्याले हेतु किसी भी साक्षरी संस्था या किसी अन्य संस्था से नहीं लेता/लेती।

2. "बोशिका पाउन्डेशन" से लेई गई स्थापना संबंधित विवरण प्रस्तुति की है। ऐसी या हमपास इस चीज का मतलब था किने गये उपचार/प्रक्रिया का चुनाव ऐसी एवं हमपास से बीच का विषय है और "बोशिका पाउन्डेशन" इस किसी प्रकार का कोई रवाना नहीं है। इसलिए हमपास में ऐसी से इलाज सुझा और जाने जाने की सारी जिम्मेदारी ऐसी एवं हमपास की होती और "बोशिका" की कोई भूमिका या जिम्मेदारी इस मामले में नहीं होती।

REJECTION

Dr. H. S. Rana, Noida
Reg. No. 65656
(Name of Dr. & Regn. No. with Stamp)
डा.एस.राना का नाम व इलाका व रजि. नं.

(Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory
on behalf of Hospital)
नाम व पद इम्तहान अधिकृत अधिकारी

SIGNATURE of TRUSTEE 1
न्यासी हसनार ।

SIGNATURE of TRUSTEE 2

SANCTIONED
सन्तति

REJECTED
समझाया

[illegible]