

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE

सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)

(स्वास्थ्य देखभाल)



Koshika

foundation

Building block of life

APPLICATION No :

आवेदन संख्या :

K10918/1190

APPLICATION DATE :

आवेदन तिथि

06.09.18

NAME of APPLICANT :

आवेदक का नाम

A. LATIF MOLLA

AGE-YEARS आयु-वर्ष

78

SEX लिंग

M

FATHER'S/SPOUSE'S NAME

पिता/पत्नी का नाम

GOPAL MOLLA

PRESENT RESIDENCE ADDRESS वर्तमान आवासीय पता

 DAKSHIN DEBIPUR MOLLA PARA, RAJENDRAPUR
 BASIRAHATA, NORTH 24 PARGANAS,
 WEST BENGAL

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS स्थायी आवासीय पता

AS ABOVE

OCCUPATION :

व्यवसाय

UNEMPLOYED

TOTAL ANNUAL INCOME :

कुल वार्षिक आय

NIL

(Attach Proof of Income)

(आय का साक्ष्य संलग्न)

PAN No. स्थायी राजस्व 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

हाँ / नहीं

FAMILY DETAILS परिवार विवरण

Sr. No. क्रम संख्या	Name of Family Member परिवार के सदस्य का नाम	Age (Years) उम्र (वर्ष)	Gender लिंग	Relation with Applicant आवेदक के साथ सम्बंध
1.	A. LATIF MOLLA	78	M	SELF
2.	LATUMAN NISA	70	F	WIFE
3.	ARSAF ALI MOLLA	42	M	SON
4.	AKBAR ALI MOLLA	45	M	SON
5.	BAPI MOLLA	47	M	SON

BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable)

सहायता के लिये विनोद आधार

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

"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE:

सहायता हेतु किये गये विनोद का उद्देश्य:

Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached अस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई प्रतिवेदन सूची संलग्न
1.	DIAGNOSIS- CATARACT- RE
2.	SURGERY- RE (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 ली गई सहायता राशी

DECLARATION by APPLICANT (अर्शदक द्वारा घोषणा करें)

- 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 घोषणा करता हूँ कि इस फॉर्म में दिए गए सभी विवरण सही जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई विवरण एवं कारण असत्य पाया जाता है तो मेरी सहायता निरस्त की जा सकती है।
- 2) मैं यहाँ घोषणा करता हूँ कि "उद्देश्य" (purpose) में उल्लेख की गई है, उसका उपयोग इसी उद्देश्य की पूर्ति के लिये किया जाएगा, जो इस प्रकार में माँगा गया है।
- 3) मैं यहाँ घोषणा करता हूँ कि मैं भविष्य में इस राशि को पूरा या आंशिक रूप से किसी अन्य स्रोत/नियोक्ता/बीमा कंपनी से न ले लूँगा और न ही यह राशि किसी अन्य स्रोत/नियोक्ता/बीमा कंपनी से ले लूँगा।

AGREEMENT by APPLICANT (अर्शदक 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/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 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 दस्तावेज़ पर अपने हस्ताक्षर या अंगुली का छाप लगाकर, मैं (अर्शदक) अर्शदक सहायता की पुष्टि करता हूँ एवं "कोशिका फाउंडेशन और इसके न्यासी" को अधिकृत करता हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण इस दस्तावेज़ में प्रेषित है। उसे "कोशिका" द्वारा न्यासी, दान, वितरण/प्रचार के माध्यम से ज़रूरत से ज़रूरती विवरणों और उपलब्धियों के लिये किसी भी प्रकार का प्रचार करने के लिये प्रयोग किया जा सकता है। इस दस्तावेज़ का प्रयोग मेरी इच्छा के बिना या मेरे बिना मेरे नाम के बिना "कोशिका फाउंडेशन" में न्यासी अधिकृत है।
- 2) मैं (अर्शदक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण जो कि सहायता के उद्देश्यों के लिये है उसे स्वतः सहायता का इंतज़ार नहीं करता। इस सम्बंध में "कोशिका" द्वारा उक्त न्यासी का निर्णय अंतिम और स्वीकार्य होगा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION

अर्शदक की हस्ताक्षर या अंगुली का छाप

**AGREEMENT by HOSPITAL (हस्पताल द्वारा करार)**

- 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.
- हमारा अधिकृत न्यासी को यहाँ से घोषणा करने के "कोशिका फाउंडेशन" से वित्तीय सहायता हेतु सिफारिश की जाती है, जहाँ हम (हस्पताल) निम्न प्रकार से मान्य व स्वीकार करते हैं।
- 1) कि हम न तो वर्तमान में न ही भविष्य में वित्तीय सहायता किसी और सहायता संगठन या किसी अन्य स्रोत से उक्त रोगी/रोगी के लिये या ले रहे हैं, जैसे कि हमने "कोशिका फाउंडेशन" से सिफारिश/सहायता के लिये माँगा है। यदि "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा सहायता विवरण अग्रिम/सहायता हेतु मंजूर नहीं किया जाता है तो हम सहायता किसी अन्य स्रोत से सहायता लेने का अधिकार सुरक्षित रखते हैं। इस पुष्टि में स्पष्ट कहा जाता है कि हम सहायता विवरण पर उक्त रोगी/रोगी के लिये किसी और सहायता संगठन या किसी अन्य स्रोत से सहायता ले रहे हैं।
2. "कोशिका फाउंडेशन" से जो भी सहायता केवल वित्तीय प्रकृति की है। रोगी पर हम सहायता द्वारा दी गई सहायता या बिना हमें उपचार/उपचार का चुनाव रोगी एवं हम सहायता के बीच का विषय है और "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई दबाव नहीं है। इसलिये हम सहायता में रोगी के इच्छा सुनाओ और अपने अपने को गारंटी दिये/देगी रोगी एवं हम सहायता की रोगी और "कोशिका" को कोई दबाव या जिम्मेदारी इस मामले में नहीं होगी।

RECOMMENDED For (Tick Acceptance or Rejection as applicable)
संस्तुति (स्वीकृति/निरस्त का निशान लगायें)

ACCEPTANCE
मंजूर

REJECTION
नमंजूर

Date of Surgery
अपरेशन की तारीख

06/09/18

Dr. Shari Shanker Nag
MBB, MS. (OPHTH)
Reg. No. 65656
Sushr Eye Foundation & Research Centre
(Name of Dr. & Regn. No. with Stamp)
डाक्टर का नाम व हस्ताक्षर व छाप

(Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory on behalf of 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

SANCTIONED
मंजूर

REJECTED
नमंजूर