

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)
(स्वास्थ्य देखभाल)

Koshika
Foundation
Building block of life.

APPLICATION No.
आवेदन संख्या: K10918/1196

APPLICATION DATE:
आवेदन तिथि: 08/09/18

NAME of APPLICANT:
आवेदक का नाम: SAUKAT ALI MOLLA

AGE-YEARS आयु-वर्ष: 70
SEX लिंग: M

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

PRESENT RESIDENCE ADDRESS: वर्तमान आवासीय पता
KAMARIA, SOUTH 24 PARGANAS, #43334,
WEST BENGAL

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS: स्थायी आवासीय पता

AS ABOVE

OCCUPATION
व्यवसाय: UNEMPLOYED

TOTAL ANNUAL INCOME:
कुल वार्षिक आय: NIL (Attach Proof of Income)
(आप का साक्ष्य संलग्न)

PAN No. सवाई नंबर 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 सम्बन्ध
1.	SAUKAT ALI MOLLA	70	M	SELF
2.	MARIYAM MOLLA	65	F	WIFE
3.	SAJAHAN MOLLA	41	M	SON
4.	FIYAKAT MOLLA	38	M	SON
5.	NORDANU MOLLA	36	F	DAUGHTER

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

BPL Card (Attach Card Copy) गरीबी रक्षा के लेख प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की प्रतिलिपि संलग्न करें)	EWS Certificate (Attach Certificate Copy) अल्प आय वर्ग प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की प्रतिलिपि संलग्न करें)	Ration Card (Attach Copy) उपभोक्ता कार्ड (प्रमाण पत्र की प्रतिलिपि 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 सूची संलग्न
1.	DIAGNOSIS - CATARACT - RE
2.	SURGERY - RE (JICS + 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 ली गई सहायता राशी

DECLARATION by APPLICANT: आवेदनक द्वारा घोषणा कर:

- 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 प्रमाणित करता हूँ कि इस प्रारूप में दिये गये सभी विवरण सही जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही है। यदि कोई विवरण सत्य कथन अस्तित्व पाया जात है तो मेरी सहायता निरस्त की जा सकती है।
- 2) मैं इससे अधिक स्पष्ट रूप से "उद्देश्य" के रूप में उल्लेख करता हूँ, जिसके लिए मैं इस सहायता का अनुरोध कर रहा हूँ।
- 3) मैं यहाँ पर प्रमाणित करता हूँ कि मैं इस सहायता का उपयोग करने के लिए किसी भी अन्य स्रोत/एम्प्लॉयर/इंश्योरेंस कंपनी से नहीं कर रहा हूँ और न ही करूँगा।

AGREEMENT by APPLICANT (आवेदक की भावना)

- 1) मैं (आवेदक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण इस प्रपोज में शामिल हैं, उसे "कोशिका" एवम् स्वच्छ, स्वस्थ, सावधान्य दूसरे उद्देश्य से जुड़ी पहचानियों और उपस्थितियों के लिए किसी भी प्रकार का प्रचार प्रसार में प्रसारित करने के लिए अधिकृत है। मैं प्रपोज का विवरण और इच्छा के पहले या बाद में करने के लिए "कोशिका फाउंडेशन" से लिखी अधिकृत है।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION:

आपका व हमारा या अरु का निवास



AGREEMENT by HOSPITAL (हस्पताल द्वारा कएल)

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 expressly 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 & it's outcome & safety of the patient, and Koshika Foundation will have no role or responsibility in the matter.

इससे अधिकतर, हमारे देशों को और से मानव/पैंगे को "कोशिका बाजार" से पिरिय सहायता देते शिक्षाओं की जाती है. विशेष रूप (हमारे) निम्न प्रकार से मान्य व स्वीकार करते हैं:

- 1) यह कि व ल वर्गिक और व ही अर्थगत में विविध समुदाय किसी भी सामाजी संस्था या किसी अन्य स्तरों से इसका रोगोपचारण में लेने या ले रहे हैं, जैसे कि अपने "कोशिका काउन्डेशन" में कोशिका/इसकी उच्च के सम्बन्ध में "कोशिका काउन्डेशन" द्वारा मदद हेतु कि है। यदि "कोशिका काउन्डेशन" द्वारा समुदाय विनिर्दिष्ट अधिकार/समकाल हेतु मान्य नहीं किया जाता है तो असमताएँ किसी अन्य के सम्बन्धित समकाल या किसी अन्य सम्साधन से समाधान लेने का अधिकांश सुनिश्चित रहता है। इस दृष्टि में स्पष्ट कहा जाता है कि असमताएँ द्विविध मदद उच्च रोगोपचारण हेतु किसी भी प्रकारले समकाल या किसी अन्य साधन में नहीं लेना/लेनी।
- 2) "कोशिका काउन्डेशन" में लेने की सम्पादन क्षेत्र विविध प्रवृत्ति को है। रोगी पर हस्तगत द्वारा ही गई सलाह या किये गये उपचार/प्रक्रिया का चुनाव रोगी एवं हस्तगत के बीच का विषय है और "कोशिका काउन्डेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई दबाव नहीं है। इसलिए हस्तागत में रोगी के इरादा सुरक्षा और आगे जाने की सभी दिग्दर्शी रोगी एवं हस्तागत की होगी और "कोशिका" को कोई भ्रमिका या जिम्मेदारों इस मामले में नहीं होगी।

RECOMMENDED For (Tick Acceptance or Rejection as applicable)
 संस्तुति (स्वीकृत/निस्त या विशान लगाये)

ACCEPTANCE
मन्त्र

REJECTION
नमन्वृ

Date of Surgery
अपरेसन का तारीख

02/09/18

Dr. Mari Shankar Nag
MBBS, MS. (OPHTH)
Reg. No. 85656
(Name of Signatory & Stamp)
डाक्टर का नाम व हस्ताक्षर व रजि. नं.

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

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION आन्तरिक उपयोग हेतु

SIGNATURE of TRUSTEE 1
 श्रीमती हस्ताक्षर ।

SIGNATURE of TRUSTEE 2
 न्यासी इत्यादि ?

SANCTIONED
मजदूर

REJECTED
नाम-पूरा

13/10

प्रासा हस्ताक्षर 2