

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE

सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)

(स्वास्थ्य देखभाल)



Koshika

foundation

Building Block of life
APPLICATION No. :
आवेदन संख्या :

K/1218/1089

APPLICATION DATE :
आवेदन तिथि

3/12/18

NAME of APPLICANT :
आवेदक का नाम

TACHHIMAR MOLLA

AGE-YEARS आयु-वर्ष

59

SEX लिंग

F

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

AH GANI MOLLA

PRESENT RESIDENCE ADDRESS वर्तमान निवास पता

DURG JELIYAKHALLI JORDAR PARA
SANDESH KHALI, NORTH V. L. PARANAS, 743329,
G. D. B. BENGAL

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS : स्थायी निवास पता

AS ABOVE

OCCUPATION :
व्यवसाय

HOME MAKER

☒ MARRIED (विवाहित) / ☐ UNMARRIED (अविवाहित)
TOTAL ANNUAL INCOME :
कुल वार्षिक आय

NIL

(Attach Proof of Income)
(आय का प्रमाण प्रस्तुत करें)

PAN No. यदि प्राप्त हो

ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable):
क्या आप आय करदाता हैं (कोichever जो उपर पर सही का चिह्न 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.	TACHHIMAR MOLLA	59	F	SELF
2.	GIYASUDDIN MOLLA	25	M	SON
3.	SAMSUDDIN MOLLA	22	M	SON
4.	JAMALUDDIN MOLLA	18	M	SON
5.	LIAMATIZ MOLLA	25	F	DAUGHTER

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

BPL Card (Attach Card Copy) गरीबी रेशा के नीचे प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की प्रतिलिपि संलग्न करें)	EWS Certificate (Attach Certificate Copy) आय आय वर्ग प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की प्रतिलिपि संलग्न करें)	Ration Card (Attach Copy) उपभोग्य कार्ड (प्रमाण पत्र की प्रतिलिपि संलग्न करें)	Any Other Basis/Proof अन्य कोई प्रमाण
--	--	---	---

 "PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE:
 सहायता हेतु देने के लिये किसी का उद्देश्य:

Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached अनुप्राण/प्रीस्क्रिप्शन से जारी की गई प्रमाणित दवाही संलग्न
1.	DIAGNOSIS - CATARACT - RE
2.	SURGERY - RE (SUCCESSFUL)

 ASSISTANCE BEING AWARDED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES
 इस उद्देश्य के हेतु कोई अन्य सहायता किसी अन्य स्रोत से प्राप्त हुई है?

Sr. No. क्रम संख्या	NAME of OTHER SOURCE अन्य स्रोत का नाम	AMOUNT of ASSISTANCE BEING AWARDED कोई प्राप्त सहायता राशि

DECLARATION by APPLICANT: ☐ YES ☐ NO ☐ N/A

- 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 यथार्थ बता रहा हूँ कि इस प्रश्न में दिये गये सभी विवरण मेरी जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई विचार पूर्व कथन असत्य पाया जाता है तो मेरी प्रार्थना निरस्त की जा सकती है।
- 2) मैं इस से आशा करता हूँ कि "कीटिका फाउन्डेशन", से जो मदद मिलेगी, उसी उद्देश्य को पूर्ति के लिये किया जाएगा, जो इस प्रश्न में पूछा गया है।
- 3) मैं पुष्टि करता हूँ कि जिस प्रस्ताव हेतु यह आवेदन की गई है, उस राशि पर अधिकतर या समस्त हिस्सा किसी अन्य सोर्स/एम्प्लॉयर/इंश्योरेंस कंपनी से न हो लिया है और न ही भविष्य में होगा।

AGREEMENT by APPLICANT (please fill out)

- 1) By affixing my signature or thumb impression on this Form, I (Applicant) hereby agree & authorize 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 फार्म पर अपने हस्ताक्षर या अंगूठे की छाप लगाकर, मैं (आवेदक) अपनी स्वीकृति को प्रमाणित करता हूँ कि "कोशिका फाउंडेशन और इसके ट्रस्टियों" को अधिकृत करना है कि वे मेरा नाम, पता, फोटो और मेरे विवरण इस उद्देश्य के लिए उपयोग कर सकते हैं, जिसके लिए मैं सहायता माग रहा हूँ। यह सहायता मुझे प्राप्त हो सकती है या नहीं, इसका फैसला करने में किसी भी प्रकार का दायित्व कोशिका फाउंडेशन पर नहीं होगा।
- 2) मैं (आवेदक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण को बिना किसी भी प्रतिफल के उपयोग के किया जा सकता है। सहायता का प्रदान नहीं किया जाएगा। इस मामले में "कोशिका" द्वारा उम्मीद की गई कोई भी जानकारी ग्राहकों को नहीं दी जाएगी।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION:

ਸਰੋਤ: ਭਾਰਤੀ ਰਾਸ਼ਟਰੀ ਆਰਕਾਈਵ



AGREEMENT by HOSPITAL (EXHIBIT 270 450)

By affixing hereunder, signature of our Authorized Signatory for recommending this case/patient for financial assistance from Koshika Foundation, we (Koshika) 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.
- 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.

हार्ड कोपक, हार्डप्ले की ओर से ग्राहकों को "बेसिक गारंटेज" से मिलित गारंटी देते निवेश को जारी है, जिसे इन (इन्वेंशन) किए प्रकाश से स्पष्ट न होकर जारी है।

1. यह कि न तो संविधान और न ही अधिनियम में विहित आवश्यक किसी भी सामग्री संभव या किसी अन्य तरीके से उभर लेने/पान करने में होने या हो जाने, जैसे कि इनमें "अधिकांश पारदर्शिता" से निपटारा/निपटिरी इस से सम्भव है "अधिकांश पारदर्शिता" द्वारा प्राप्त हेतु कि है। यदि "अधिकांश पारदर्शिता" द्वारा सामग्री किसी अधिकांश/अवकाश हेतु समुदाय की विधि प्राप्त है तो आवश्यक किसी अन्य भी सामग्री संभव या किसी अन्य प्रभाव/प्रकार से सामग्री होने का अधिकांश सुनिश्चित करता है। इस सुनिश्चित में स्पष्ट कहा जाता है कि आवश्यक विहित प्राप्त इस लेने/पान करने हेतु किसी भी सामग्री संभव या किसी अन्य प्रभाव से नहीं लेने/पान करेगी।
2. "अधिकांश पारदर्शिता" से होने वाला सामग्री संभव विहित प्रकृति की है। होने या सम्भवता द्वारा ही यह साबित या सिद्ध नहीं उपलब्ध/प्रतिष्ठित का सुझाव देने एवं सम्भवता से स्पष्ट या विचार है और "अधिकांश पारदर्शिता" द्वारा किसी प्रकार का कोई प्रभाव नहीं है। इसलिए सम्भवता में होने की सम्भव सुझाव और जाने जाने की सभी सम्भवताओं होने और "अधिकांश" की कोई अधिकांश या सम्भवता ही सम्भव में नहीं होती।

RECOMMENDED FOR ACCEPTENCE

सभीवर्गीयों के लिए संलग्न

Date of Surgery अस्त्रोपचार की तारीख 01/11/18	Dr. A. Kundu MBBS, MS Reg. No.-55127 (Name of Dr. & Regn. No. with Stamp) डॉक्टर का नाम व इलाका नं. छिपे, न	Dr. Shishu Sankar Bagchi Director (Name, Designation & Stamp of Authorized Signatory on behalf of Hospital) नाम व पद प्राप्त करने वाले अधिकारी
FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION		
SIGNATURE of TRUSTEE 1 विश्वसनीय 1	SIGNATURE of TRUSTEE 2 विश्वसनीय 2	
		