

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE
(Healthcare)

(सहायता हेतु आवेदन प्रारूप)

Koshika
foundation
Building blocks of life

APPLICATION No.: K/1218/1814

APPLICATION DATE: 8/12/18

NAME of APPLICANT: AKBAR MOLLA

AGE-YEARS मनु-वर्ष: 73

SEX लिंग: M

FATHER'S/SPOUSE'S NAME: IRAB MOLLA

PRESENT RESIDENCE ADDRESS वर्तमान निवास

WASIRAHAT ANSHA PARADUTTA 3
BAGHAT, NORTH UPARJANA, MURGAH
WEST BENGAL

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS: स्थायी निवास

- AS ABOVE -

OCCUPATION: UNEMPLOYED

MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)

TOTAL ANNUAL INCOME: NIL

(Attach Proof of Income)
(आप का आय प्रमाण)

PAN No. यदि कोई हो

ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable):
आप आय करदाता हैं (को यहाँ से उचित चिह्न 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 से संबंध
1.	AKBAR MOLLA	73	M	SELF
2.	IRAB BIKI	60	F	WIFE
3.	BABU MOLLA	68	M	SON
4.	KABINA KHATUN	34	F	DAUGHTER

BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable)
सहायता के लिए निम्न आधार

SPL Card (Attach Card Copy) गरीबी रिकार्ड की प्रमाण प्रत (प्रमाण पत्र की प्रत प्रस्तुत करें)	EWS Certificate (Attach Certificate Copy) आय आय वर्ग प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की प्रत प्रस्तुत करें)	Ration Card (Attach Copy) उपभोग्य कार्ड (प्रमाण पत्र की प्रत प्रस्तुत करें)	Any Other Basis/Proof अन्य कोई प्रमाण
---	---	--	---

"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE:
सहायता हेतु निम्न चिह्न लगाएं:

Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached अस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई प्रतिवेदन सूची संलग्न
1.	DIAGNOSIS - CATARACT LG.
2.	SURGERY LG (GROSS)

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

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

DECLARATION by APPLICANT: (अर्शक द्वारा घोषणा करना)

- 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 प्रपत्र में दिये गये सभी विवरण सही जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई विवरण सत्य नहीं माना जाय तो उसे खेरी प्रपत्र निरस्त भी न करवाया जाये।
- 2) मैं इस बात का आग्रह करती हूँ कि "कोशिका फाउंडेशन", से जो भी सहायता मिले, उसका उपयोग केवल उद्देश्य के पूर्ण में ही किया जायेगा, जो इस प्रपत्र में बताया गया है।
- 3) मैं यहाँ घोषणा करता हूँ कि मैं इस सहायता हेतु या भविष्य में किसी भी रूप में, इस रकम का कोई भी हिस्सा किसी अन्य स्रोत/रोजगार/बीमा कंपनी से न ले लिये हूँ और न ही भविष्य में लूँगा।

AGREEMENT by APPLICANT (अर्शक द्वारा सहमत)

- 1) By affixing my signature or thumb impression on this Form, I (Applicant) hereby agree & authorise Koshika Foundation and its Trustees to use/publish/post-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 its 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 is this regard will be final and acceptable to me.
- 1) इस प्रपत्र पर अपने हस्ताक्षर या अंगूठे की छाप लगाकर, मैं (अर्शक) अपनी जानकारी को पुष्टि करता हूँ एवं "कोशिका फाउंडेशन और इसके भरोसे" को अधिकृत करता हूँ कि वे मेरा नाम, पता, फोटो और मेरे विवरण इस प्रपत्र में घोषित हैं, उसे "कोशिका" द्वारा प्रसारित, प्रकाशित, प्रकाशित करने के माध्यम से या अन्य किसी भी माध्यम से प्रसारित करने के लिए अधिकृत है। इस प्रपत्र का विवरण मेरे उपचार के पहले या बाद में करने के लिए "कोशिका फाउंडेशन" को अधिकृत है।
- 2) मैं (अर्शक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण को बिना किसी भी शर्त के प्रसारित करने के लिए मैं सहमत हूँ। इस प्रपत्र में "कोशिका" द्वारा प्रसारित करने के लिए मैं सहमत हूँ।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION :

अर्शक का हस्ताक्षर या अंगूठा का निशान

AGREEMENT by HOSPITAL (हॉस्पिटल द्वारा सहमत)

- 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.
- हम यहाँ घोषणा करते हैं कि हम (हॉस्पिटल) निम्न प्रपत्र से सहायता के लिए सहमत हैं।
- 1) मैं यहाँ घोषणा करता हूँ कि मैं या मेरा हॉस्पिटल किसी भी प्रकार से सहायता के लिए किसी अन्य स्रोत से सहायता नहीं ले रहा है, जो कि हम "कोशिका फाउंडेशन" से सहायता के लिए अनुरोध कर रहे हैं। यदि "कोशिका फाउंडेशन" हमें सहायता नहीं देता है, तो हमें सहायता के लिए किसी अन्य स्रोत से सहायता लेने का अधिकार सुरक्षित रहता है। इस पुष्टि के साथ मैं यह घोषणा करता हूँ कि हम "कोशिका फाउंडेशन" से सहायता के लिए सहमत हैं।
2. "कोशिका फाउंडेशन" से जो भी सहायता मिले, उसका उपयोग केवल उद्देश्य के पूर्ण में ही किया जायेगा, जो इस प्रपत्र में बताया गया है।

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE

स्वीकृति के लिए प्रस्तावित

Date of Surgery ऑपरेशन की तारीख 08/12/18	(Name of Dr. & Reg. No. with Stamp) हॉस्पिटल का नाम व डॉक्टर का नाम व स्टैम्प Shanker Nall (Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory on behalf of Hospital) हॉस्पिटल के अधिकृत अधिकारी का नाम व पद हॉस्पिटल का अधिकृत अधिकारी
--	--

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION (अंदरूनी उपयोग के लिए)

SIGNATURE of TRUSTEE 1 भरोसेदार 1 [Signature]	SIGNATURE of TRUSTEE 2 भरोसेदार 2 [Signature]
---	---