

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE सहायता हेतु आवेदन फार्म		(Healthcare) (स्वास्थ्य देखभाल)		 Koshika foundation Building trust of life	
APPLICATION No.: ५/1218/2141		APPLICATION DATE: 01/10/22			
NAME of APPLICANT: SAUM MOLLA		AGE-YEARS: ०6	SEX: M		
FATHER'S/SPOUSE'S NAME: ISRAFIL MOLLA					
PRESENT RESIDENCE ADDRESS: BIL PARDI JAYNAGAR-1 MAJLUPUR SOUTH 24 PARAGANAH THIRUVAITHAL WEST BENGAL.					
PERMANENT RESIDENCE ADDRESS: - AS ABOVE -					
OCCUPATION: LABOURER	MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)				
TOTAL ANNUAL INCOME: Rs 1600 x 12 = 19200	(Attach Proof of Income) (आप का आय प्रमाण)				
PAN No. [Blank]					
ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable): हो या नहीं आप कर दाखल करते हैं (जो लागू हो उस पर तिकी लगाएं)			Yes / No हां / 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 क्या संबंध	
1.	ORLIN HALIP	६६	M	SELF	
2.	MARIAM KHALA	३२	F	WIFE	
3.	SULTANA KHATUN	१९	F	DAUGHTER	
4.	MASMIN KHATUN	१६	F	DAUGHTER	
BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable) सहायता के लिये किसी आधार					
☐ BPL Card (Attach Card Copy) बीपीएल कार्ड की प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की साथ प्रति जोड़ना होती है)		☐ EWS Certificate (Attach Certificate Copy) एसएस सीटी प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की साथ प्रति जोड़ना होती है)		☐ Any Other Basis/Proof अन्य कोई प्रमाण	
"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE: सहायता हेतु किसे करने वित्तों का उद्देश्य:					
Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached अनुसंधान/डॉक्टर के आदेश की गई प्रतिबंधन सूची संलग्न				
1.	PHACODOSIS-CATARACT-RE				
2.	SURGERY-RE (GLAUCOMA)				
ASSISTANCE BEING AWAIED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES इस उद्देश्य को 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 AWAIED सी गई सहायता राशि		

DECLARATION by APPLICANT: (आवेदक 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 घोषणा करता हूँ कि इस प्रकरण में दिये गये सभी विवरण सही जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई विवरण सत्य नमाने या सत्य न हो तो मेरी सहायता फिर भी न मिलेगी है।
- 2) मैं इस बात की सहायता दूँगी "कोशिका फाउंडेशन", से ही यह सही है, उसका उपयोग उसी उद्देश्य को पूर्ण करने के लिये किया जाएगा, जो इस प्रकरण में माँगा गया है।
- 3) मैं यहाँ घोषणा करता हूँ कि भविष्य में मैं या मेरे परिवार को कोई भी अन्य स्रोत/रोजगार/बीमा कंपनी से न तो रकम मिलेगी और न ही बीमा में लूट।

AGREEMENT by APPLICANT (आवेदक द्वारा करार)

- 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 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 प्रकार मैं अपने हस्ताक्षर या अंगूठे की छाप लगाकर, मैं (आवेदक) अपनी सहमति की पुष्टि करता हूँ कि "कोशिका फाउंडेशन और इसके न्यायोपक्ष" को अधिकृत करता हूँ कि वे मेरा नाम, पता, फोटो और मेरे विवरण इस प्रकार में प्रकाशित करें, जहाँ "कोशिका" दान, न्यायोपक्ष, दान, चिकित्सा या अन्य उद्देश्य के लिये धन/सिमेंट/औषधि और उपकरणों के लिये किसी भी प्रकार का प्रचार करने के लिए अधिकृत है। मेरे प्रकार का विवरण मेरी इच्छा के बिना या बाद में करने के लिए "कोशिका फाउंडेशन" के न्यायोपक्ष अधिकृत है।
- 2) मैं (आवेदक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण को कि सहायता के उद्देश्य के अंतर्गत है मुझे सहायता का इच्छा नहीं करता। इस सम्बंध में "कोशिका" दान, न्यायोपक्ष या अन्य अधिकृत और सहायता दोगे।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION:

आवेदक के हस्ताक्षर या अंगूठे का निशान

**AGREEMENT by HOSPITAL (हॉस्पिटल 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 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.
- हस्ताक्षर/अंगूठा, हस्ताक्षर की ओर से सहायता के लिये "कोशिका फाउंडेशन" से वित्तीय सहायता हेतु सिफारिश की जाती है, जिसे हम (हॉस्पिटल) निम्न प्रकार से मान्यता प्रदान करते हैं।
- 1) यह कि हम न तो वर्तमान और न ही भविष्य में वित्तीय सहायता किसी भी रोगी के सम्बंध में किसी अन्य स्रोत से उक्त रोगी/रोगी के लिये माँगा जा रहा है, यदि कि हमने "कोशिका फाउंडेशन" से सिफारिश/विधि उक्त के सम्बंध में "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा माँगा हेतु कि है। यदि "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा सहायता किसी अधिकृत/अवकाश हेतु माँगा नहीं किया जाता है तो हमारा किसी अन्य रोगी के सम्बंध में किसी अन्य सहायता से सहायता लेने का अधिकार सुरक्षित रहता है। इस पुष्टि में स्पष्ट कहा जाता है कि सहायता वित्तीय प्रकार, उक्त रोगी/रोगी हेतु किसी भी रोगी के सम्बंध में किसी अन्य सहायता से नहीं लेना/लेना।
- 2 "कोशिका फाउंडेशन" से ही माँगा जाय सहायता वित्तीय प्रकृति की है। रोगी या हॉस्पिटल द्वारा ही माँगा जाता है किने गये उपचार/चिकित्सा का चुनाव रोगी एवं हॉस्पिटल के बीच का विषय है और "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई प्रभाव नहीं है। इसलिये हॉस्पिटल में रोगी के इलाज सुझा और गले गले की गयी सिफारिश रोगी एवं हॉस्पिटल की होती और "कोशिका" को कोई भूमिका या सिफारिश इस मामले में नहीं होती।

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE

स्वीकृति के लिए संस्तुति

Date of Surgery
ऑपरेशन की तारीख

21/12/18

Dr. A. Ghosh
MBBS, D.O, DNB, FRCS
(Name of DR & Regn. No. with Stamp)
कोशिका फाउंडेशन के लिए डॉ. अ. घोष

Sankar Bagchi
Director
(Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory on behalf of Hospital)
रोगी या रोगी हॉस्पिटल अधिकृत अधिकारी

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION (आन्तरिक उपयोग हेतु)SIGNATURE of TRUSTEE 1
न्यायोपक्ष 1

SIGNATURE of TRUSTEE 2
न्यायोपक्ष 2