

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE (Healthcare)		(सहायता हेतु आवेदन प्रारूप)		(स्वास्थ्य देखभाल)																															
APPLICATION No. : K/0119/2436		APPLICATION DATE : 31-01-2023		 Koshika Foundation Building blocks of life																															
NAME of APPLICANT : MUJIT MOLYA		AGE-YEARS : 69																																	
FATHER'S/SPOUSE'S NAME : BABURODDIN MOLYA		SEX : M																																	
PRESENT RESIDENCE ADDRESS : PART NO 184, GANAPATIPUR, NORTH 24 PARGANAS WEST BENGAL.		PERMANENT RESIDENCE ADDRESS : AS ABOVE																																	
OCCUPATION : UNEMPLOYED		MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)																																	
TOTAL ANNUAL INCOME : NIL		(Attach Proof of Income)																																	
PAN No. : [Blank]		(Attach Proof of Income)																																	
ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable):		Yes / No																																	
FAMILY DETAILS (परिवार विवरण) <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th>Sr. No.</th> <th>Name of Family Member</th> <th>Age (Years)</th> <th>Gender</th> <th>Relation with Applicant</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>1.</td> <td>MUJIT MOLYA</td> <td>69</td> <td>M</td> <td>SELF</td> </tr> <tr> <td>2.</td> <td>THORIMATH PRADIP</td> <td>66</td> <td>F</td> <td>WIFE</td> </tr> <tr> <td>3.</td> <td>ABARUL MOLYA</td> <td>33</td> <td>M</td> <td>SON</td> </tr> <tr> <td>4.</td> <td>ABARUL MOLYA</td> <td>30</td> <td>M</td> <td>SON</td> </tr> <tr> <td>5.</td> <td>MASUMA Khatun</td> <td>28</td> <td>F</td> <td>DAUGHTER</td> </tr> </tbody> </table>						Sr. No.	Name of Family Member	Age (Years)	Gender	Relation with Applicant	1.	MUJIT MOLYA	69	M	SELF	2.	THORIMATH PRADIP	66	F	WIFE	3.	ABARUL MOLYA	33	M	SON	4.	ABARUL MOLYA	30	M	SON	5.	MASUMA Khatun	28	F	DAUGHTER
Sr. No.	Name of Family Member	Age (Years)	Gender	Relation with Applicant																															
1.	MUJIT MOLYA	69	M	SELF																															
2.	THORIMATH PRADIP	66	F	WIFE																															
3.	ABARUL MOLYA	33	M	SON																															
4.	ABARUL MOLYA	30	M	SON																															
5.	MASUMA Khatun	28	F	DAUGHTER																															
BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable) <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th>BPL Card</th> <th>EWS Certificate</th> <th>Ration Card</th> <th>Any Other Basis/Proof</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>(Attach Card Copy)</td> <td>(Attach Certificate Copy)</td> <td>(Attach Card Copy)</td> <td>(Attach Proof)</td> </tr> </tbody> </table>						BPL Card	EWS Certificate	Ration Card	Any Other Basis/Proof	(Attach Card Copy)	(Attach Certificate Copy)	(Attach Card Copy)	(Attach Proof)																						
BPL Card	EWS Certificate	Ration Card	Any Other Basis/Proof																																
(Attach Card Copy)	(Attach Certificate Copy)	(Attach Card Copy)	(Attach Proof)																																
"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE: <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th>Sr. No.</th> <th>Medical Reports/Prescriptions Attached</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>1.</td> <td>DIAGNOSES - CATARACT - RE</td> </tr> <tr> <td>2.</td> <td>SURGERY - RE (SEE FILE)</td> </tr> </tbody> </table>						Sr. No.	Medical Reports/Prescriptions Attached	1.	DIAGNOSES - CATARACT - RE	2.	SURGERY - RE (SEE FILE)																								
Sr. No.	Medical Reports/Prescriptions Attached																																		
1.	DIAGNOSES - CATARACT - RE																																		
2.	SURGERY - RE (SEE FILE)																																		
ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th>Sr. No.</th> <th>NAME of OTHER SOURCE</th> <th>AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILED</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>1.</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>2.</td> <td></td> <td></td> </tr> </tbody> </table>						Sr. No.	NAME of OTHER SOURCE	AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILED	1.			2.																							
Sr. No.	NAME of OTHER SOURCE	AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILED																																	
1.																																			
2.																																			

DECLARATION by APPLICANT: आवेदक 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.
- 4) मैं घोषणा करता हूँ कि इस प्रकरण में दिये गये सभी विवरण सही जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई विवरण एवं कथन असत्य पाया जाता है तो मेरी सहायता निरास की जा सकती है।
- 5) मैं द्वारा जो सहायता मांगी "कोशिका फाउन्डेशन", से ली जा रही है, उसका उपयोग इसी उद्देश्य को पूर्ण करने के लिये किया जाएगा, जो इस प्रकरण में मांग गया है।
- 6) मैं पुष्टि करता हूँ कि मैं किसी सहायता हेतु या प्रत्येक की नहीं है, उस रशि का अधिक या कमता किसी किसी अन्य गैर-वैधानिक/वैधानिक कम्पनी से न ले लिया है और न ही भविष्य में लूँगा।

AGREEMENT by APPLICANT (आवेदक द्वारा करण)

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 द्वारा मैं अपने इसका या अपने की जानकारी, मैं (आवेदक) अपने छाप की छाप करता हूँ एवं "कोशिका फाउन्डेशन और उसके ट्रस्टियों" को अधिकृत करता हूँ कि वे मेरा नाम, पता, फोटो और मेरे विवरण इस प्रकार में प्रकाशित करें, जो "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा, या अन्य माध्यमों द्वारा, उद्देश्य से मुझे सहायता हेतु प्रेषित करने के लिये किसी भी प्रकार सम्भव हो सके बिना मेरे बिना अधिकृत है। मेरे द्वारा या विवरण मेरे इसका जो पता या घर मे करने के लिए "कोशिका फाउन्डेशन" से जारी अधिकृत है।
- 2) मैं (आवेदक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण जो कि सहायता के उद्देश्य से प्रेषित है मुझे प्राप्त: सहायता का इस्तेमाल नहीं करता। इस संबंध में "कोशिका फाउन्डेशन" अपने अधिकारियों का निर्णय अंतिम और बाध्यकारी होगा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION :

आवेदक के इसका या अंगुली का निशान

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

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.

इससे अधिकृत, हमारे की और से यहाँ-से-से की "कोशिका फाउन्डेशन" से वित्तीय सहायता हेतु सिफारिश की जाती है, बिना हम (हस्पताल) निम्न प्रकार से मान्यता प्रदान करते हैं।

- 1) यह कि न तो वर्तमान और न ही भविष्य में वित्तीय सहायता किसी भी सहायता संगठन या किसी अन्य स्रोत से उठा ली जाएगी, जो कि हमें "कोशिका फाउन्डेशन" से सिफारिश/सिफारिश उठा के सम्भव है "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा प्रदान हेतु है। यदि "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा सहायता विधि अतिरिक्त/असमर्थ हेतु प्रदान नहीं किया जाता है तो हस्पताल किसी अन्य सहायता संगठन या किसी अन्य सहायता संगठन से सहायता लेने का अधिकार सुरक्षित रखता है। इस दृष्टि में स्पष्ट कहा जाता है कि हस्पताल द्वारा प्रदान उठा ली जाएगी हेतु किसी भी सहायता संगठन या किसी अन्य सहायता संगठन से नहीं ले ली जाएगी।
2. "कोशिका फाउन्डेशन" से ली गई सहायता केवल वित्तीय प्रकृति की है। रोगी का इलाज और री-पैजेंट का चिकित्सा उपचार के चुनाव रोगी एवं हस्पताल के बीच का विषय है और "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई दखल नहीं है। इसीलिए हस्पताल में रोगी के इलाज सुझा और करने करने की सारी जिम्मेदारी रोगी एवं हस्पताल की होगी और "कोशिका फाउन्डेशन" को कोई भूमिका या जिम्मेदारी इस मामले में नहीं होगी।

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE

स्वीकृति के लिए संस्तुति

Date of Surgery
ऑपरेशन की तारीख

01.01.2019

Dr. K. Ghosh
MBBS, D.O., DNB, FRCS
Reg. No. - 50971
(Name of Dr & Reg. No. with Stamp)
हस्ताक्षर का नाम व हस्ताक्षर व छाप

Sushant Kumar Bagchi
Director
(Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory on behalf of Hospital)
नाम व पद हस्पताल अधिकृत अधिकारी

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION

अन्तर्गत उपयोग हेतु

SIGNATURE of TRUSTEE 1

न्यासी हस्ताक्षर 1

SIGNATURE of TRUSTEE 2

न्यासी हस्ताक्षर 2