

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE (Healthcare)		(स्वास्थ्य देखभाल)		
सहायता हेतु आवेदन प्रारूप		Koshika foundation Building block of life		
APPLICATION No.: K/0119/2441		APPLICATION DATE: 11-01-2019		
NAME of APPLICANT: HAMID MOLYA		AGE-YEARS: 84	SEX: M	
FATHER/SPOUSE'S NAME: EKTAR MOLYA				
PRESENT RESIDENCE ADDRESS: KHASSHAKDANA, UTTAR PARA, BAYARMART 2 NO. SANDESAKHALI, NORTH 24 PARGANAS, 743442, WEST BENGAL				
PERMANENT RESIDENCE ADDRESS: AS ABOVE				
OCCUPATION: UNEMPLOYED		MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)		
TOTAL ANNUAL INCOME: NIL		(Attach Proof of Income)		
PAN No. & ITR: NIL				
ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable): Yes / No				
FAMILY DETAILS				
Sr. No.	Name of Family Member	Age (Years)	Gender	Relation with Applicant
1.	HAMID MOLYA	84	M	SELF
2.	KHANGLA JATI BISI	30	F	WIFE
3.	HAKIM MOLYA	49	M	SON
4.	HAFIZUL MOLYA	46	M	SON
5.	ARZITA BISI	41	F	DAUGHTER
BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable)				
BPL Card (Attach Card Copy)	EWS Certificate (Attach Certificate Copy)	Ration Card (Attach Copy)	Any Other Basis/Proof	
"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE:				
Medical Reports/Prescriptions Attached				
Sr. No.	Medical Reports/Prescriptions Attached			
1.	DIAGNOSIS - CATARACT-RE			
2.	SURGERY-RE (STCS + IOL)			
ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES				
Sr. No.	NAME of OTHER SOURCE	AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILED		
1.				
2.				

DECLARATION by APPLICANT: **आवेदन दाता का बयान:**

- 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 बताना हूँ कि इस फॉर्म में दिये गये सभी विवरण मेरी जानकारी में सचमुच सत्य एवं सही हैं। यदि कोई विवरण सत्य अथवा सत्य माना जाये तो मेरी अगलाग विज्ञा की जा सकती है।
- 2) मैं इस बात का यकीन रखता हूँ कि "कोशिका फाउण्डेशन", से ली जा रही है, उसका उपयोग उही उद्देश्य की पूर्ति के लिये किया जायेगा, जो इस फॉर्म में बताना है।
- 3) मैं यहाँ पर बताना हूँ कि जिस अगलाग हेतु पर अगलाग की गई है, उस राशि का अगलाग या अगलाग किसी अन्य सोर्स/एम्प्लॉयर/इन्सुरन्स कम्पनी से न हो सके है और न ही अगलाग में ली जा

AGREEMENT by APPLICANT (सहित छल कल)

- 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/print-upreproduce 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 fulfilment 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 प्रश्न पर अपने इरादया या सोचों की सफा लफ्फकर, मैं (आवेदक) अपनी साक्ष्यता की मुद्रि लगाऊँ एवं "कोशिका फाउंडेशन और इसके न्यासीयों" को अधिकृत करता हूँ कि वे मेरा नाम, पता, फोटो और मेरे विवरण इस प्रश्न में जोशिका है, उसे "कोशिका" एम्बल्ड न्यासी, राज. प्राधिकरण द्वारा उद्देश्य से जुड़ी गतिविधियों और उपलब्धियों को तिरने बिना भी उसका प्रचलन से प्रवर्तित करने में लिप्त अधिकृत है। मेरे प्रश्न का निवारण भी इरादा मेरे चले या कर में करने में लिप्त "कोशिका फाउंडेशन" व न्यासी अधिकृत है।
- 2) मैं (आवेदक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और निवारण को कि साहाय्य को उद्देश्य से प्रवर्तित है मुझे स्वतः; साहाय्य का इस्तेमाल नहीं करता। इस सम्बंध में "कोशिका" एम्बल्ड उसके न्यासीयों का निर्णय अंतिम और अप्रत्यक्षणी होगा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION:

अमेरिका में इस्लाम का अंग्रेजी का निम्न

AGREEMENT by HOSPITAL (WASH DC MET)

By affixing hereunder, signature of our Authorized 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.

इससे ललितकृत, इलाहाबाद की ओर से यादवपुर/लौरी की "कोशिका पाठशाला" से मिलित छात्रवृत्ति हेतु विद्यार्थी भी आते हैं, जिसे हम (इलाहाबाद) निम्न प्रकार से मान्य व स्वीकार करते हैं।

- 1) यह कि न तो अधिनियम और न ही अधिनियम में विहित सहायता किसी भी साकारी संस्था या किसी अन्य इकाई से उम्मा टेंगे/पानले में होने या हो रहे हैं, जैसे कि इन्हीं "कोलिका फाउन्डेशन" में सिम्पलिसिटी/विधि उम्मा से सम्बन्ध में "कोलिका फाउन्डेशन" द्वारा गहरा हेतु कि है। यदि "कोलिका फाउन्डेशन" द्वारा सहायता विधि अधिनियम/समल हेतु समुदाय नहीं किया जाता है तो अगला किसी अन्य भी साकारी संस्था या किसी अन्य साधारण से सहायता लेने का अधिकार सुरक्षित रहता है। इस धृति में स्पष्ट कहा जाता है कि अगला विधि गहरा उम्मा टेंगे/पानले हेतु किसी भी साकारी संस्था या किसी अन्य साधारण से नहीं लेना/देना।
2. "कोलिका फाउन्डेशन" से ही यह सहायता केवल विधि इच्छा की है। ऐसी या इम्पलमेंट द्वारा ही यह सहायता या बिने गने उपचार/प्रक्रिया का प्रारम्भ होने एवं इम्पलमेंट को बीच का विषय है और "कोलिका फाउन्डेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई दबाव नहीं है। इसलिये इम्पलमेंट में ऐसी से इम्पलमेंट सुरक्षा और अन्य जाने की सारी जिम्मेदारी ऐसी एवं इम्पलमेंट को होती और "कोलिका" को कोई अधिकार या जिम्मेदारी इस मामले में नहीं होती।

RECOMMENDED FOR ACCEPTENCE

मन्वीकृतो मे विदुः संसृतिः

Date of Surgery ऑपरेशन की तारीख 11.01.2019	Dr. K. Ghosh MBBS, DD, DNB, FRCS Reg. No. 50871 (Name of Dr. & Regn. No. with Stamp) Susrut Eye Foundation & Research Centre	Shib Sankar Bagchi Director (Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory on behalf of Hospital) उप व पर इम्पाउन्ड अफिशर अफिशरी
--	---	---

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION अन्तरिक उपयोग हेतु

मानविक उपयोग हेतु

SIGNATURE of TRUSTEE 1 न्यासी इमज्जा 1	SIGNATURE of TRUSTEE 2 न्यासी इमज्जा 2
	