

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE

सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)

(स्वास्थ्य देखभाल)



Koshika

foundation

Building block of life.

APPLICATION No. : K/0119/2455

APPLICATION DATE : 11-01-2019

NAME of APPLICANT : FAJLUR RAHAMAN MOLLA

AGE-YEARS 52

SEX M

FATHER'S/SPOUSE'S NAME : MUJED MOLLA

PRESENT RESIDENCE ADDRESS

MOLLA PARA, HABES-DARGA, DURGAM CHOWK, SOUTH 24, AHMEDNAGAR 431331, WEST AGRHAL

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS : AS ABOVE

OCCUPATION : RICKSHAW PULLER

MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)

TOTAL ANNUAL INCOME : RS. 1500 x 12 = 18000/-

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

PAN No. 5444 4444 4444

ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable):

Yes / No
हाँ / 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.	FAJLUR RAHAMAN MOLLA	52	M	SELF
2.	SABEDA ALI	40	F	WIFE
3.	ABDUR RAHAMAN MOLLA	21	M	SON
4.	ABDUR ROUF MOLLA	19	M	SON
5.	SALEMA BINT	16	F	DAUGHTER
6.	MAYIRA KHATUN	14	F	DAUGHTER

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

BPL Card (Attach Card Copy) गरीबी रेश का 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 किए गए निम्न का उद्देश्य:

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

ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES
इस उद्देश्य के हेतु कोई अन्य सहायता किसी अन्य स्रोत से लिये गया है?

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

DECLARATION by APPLICANT: (अर्शेक ड्रा फॉर्म पर):

- 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 यह घोषणा कर रहा हूँ कि इस फॉर्म में दिये गये सभी विवरण मेरी जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई विवरण सत्य नहीं माना जाय तो मेरी सहायता निरस्त की जा सकती है।
- 2) मैं यहाँ पर घोषणा कर रहा हूँ कि "कोशिका फाउंडेशन", से जो भी मदद मिलेगी, उसका उपयोग उसी उद्देश्य की पूर्ति के लिये किया जाएगा, जो इस फॉर्म में पूछा गया है।
- 3) मैं यहाँ पर यह घोषणा कर रहा हूँ कि मैं भविष्य में भी किसी भी अन्य स्रोत/रोजगार/बीमा कंपनी से न तो रिफंड ले रहा हूँ और न ही ले रहा हूँ।

AGREEMENT by APPLICANT (अर्शेक ड्रा फॉर्म):

1) By affixing my signature or thumb impression on this Form, I (Applicant) hereby agree & authorise Koshika Foundation and its 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 its 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 फॉर्म पर अपने हस्ताक्षर या अंगूठे की छाप लगाकर, मैं (अर्शेक) यहाँ पर सहमत हो रहा हूँ कि "कोशिका फाउंडेशन" और उसके ट्रस्टियों को मेरा नाम, पता, फोटो और मेरे विवरण इस फॉर्म में घोषित हैं, उसे "कोशिका" द्वारा यादृच्छिक रूप से, प्रकाशित करने के लिये उपयोग करने के लिये "कोशिका फाउंडेशन" को अधिकार है।
- 2) मैं (अर्शेक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण जो कि सहायता के उद्देश्य से घोषित हैं उनके द्वारा सहायता का इस्तेमाल नहीं होगा। इस सम्बंध में "कोशिका" द्वारा उनके ट्रस्टियों का निर्णय अंतिम और बाध्यकारी होगा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION:

अर्शेक को हस्ताक्षर या अंगूठे का निशान

**AGREEMENT by HOSPITAL (हस्पताल ड्रा फॉर्म):**

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.

इससे अधिकृत, हस्ताक्षर की ओर से हमारे/हमारे को "कोशिका फाउंडेशन" से वित्तीय सहायता हेतु सिफारिश की जाती है, बिना हम (हस्पताल) अपने प्रकार से नाम न जोड़कर करते हैं।

- 1) यह कि न तो वर्तमान और न ही भविष्य में वित्तीय सहायता किसी भी प्रकार से हमारे/हमारे को किसी अन्य स्रोत से प्राप्त होगी/होगी, जहाँ तक कि हमें "कोशिका फाउंडेशन" से सिफारिश/विधि प्राप्त हो सकेगी। यदि "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा सहायता नहीं दी जाती है, तो हमें अपने/हमारे को किसी अन्य स्रोत से सहायता लेने का अधिकार सुरक्षित रखता है। इस दृष्टि से स्पष्ट कहा जा रहा है कि सहायता वित्तीय प्रकृति की होगी और सहायता के बिना अन्य सहायता से नहीं ले पाएंगे/लेगी।
2. "कोशिका फाउंडेशन" से जो भी सहायता प्राप्त होगी, उसका उपयोग उसी उद्देश्य के लिये किया जाएगा, जो इस फॉर्म में पूछा गया है और "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई दबाव नहीं है। इसलिये हस्पताल में रोगी के इलाज सुचारु और अपने/हमारे को सही दिशे-दिशा में ले जाया जाएगा और "कोशिका" को कोई दबाव या जिम्मेदारी इस मामले में नहीं होगी।

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE

स्वीकृति के लिए संस्तुति

Date of Surgery
ऑपरेशन की तारीख

11. 04. 2019

Dr. K. Ghosh
MBBS, DD, DNB, FRCS
Reg. No. - 50971

(Name of Dr. & Reg. No. with Stamp)

हस्ताक्षर का नाम व हस्ताक्षर व रजि. नं.

Sankar Bagchi
Director
(Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory
on behalf of Hospital)

नाम व पद हस्ताक्षर अधिकृत अधिकारी

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION

आन्तरिक उपयोग हेतु

SIGNATURE of TRUSTEE 1

ज्योती हस्ताक्षर 1

SIGNATURE of TRUSTEE 2

ज्योती हस्ताक्षर 2