

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE सहायता हेतु आवेदन प्रारूप		(Healthcare) (स्वास्थ्य रक्षण)		 Koshika foundation Building Block of Life	
APPLICATION No.: K/0110/2751		APPLICATION DATE: 23/01/19			
NAME of APPLICANT: TOCHLIMA MOLLA		AGE-YEARS मातृ-वर्ष 69		SEX लिंग F	
FATHER'S/SPOUSE'S NAME: CHHATTAR MOLLA				 	
PRESENT RESIDENCE ADDRESS: BEHRA BANGARU TURGAPOUR, BHANGAL SOUTH, 24 PARAGANAH, WEST BENGAL.					
PERMANENT RESIDENCE ADDRESS: AS ABOVE					
OCCUPATION: HOME MAKER					
TOTAL ANNUAL INCOME: NIL		MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)		(Attach Proof of Income) (आप का आय प्रमाण)	
PAN No. XXXXXX XXXX		ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable): Yes / No Yes / No			
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.	TOCHLIMA MOLLA	69	F	SELF	
2.	NASIRUDDIN MOLLA	46	M	SON	
3.	MITHARA BEB	32	F	DAUGHTER	
4.	SHYAMSUBHITA MOLLA	37	M	SON	
BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable) सहायता के लिये निम्नलिखित आधार					
BPL Card (Attach Card Copy) गरीबी रेशन के नीचे प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की प्रतिलिपि संलग्न करें)		EWS Certificate (Attach Certificate Copy) आय आय वर्ग प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की प्रतिलिपि संलग्न करें)		Any Other Basis/Proof अन्य कोई प्रमाण	
"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE: सहायता हेतु किने गये निम्नलिखित उद्देश्य:					
Sr. No. क्रम संख्या		Medical Reports/Prescriptions Attached अस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई प्रतिवेदन सूची संलग्न			
1.		DIAGNOSIS - CATARACT - RE			
2.		SURGERY - RE (SUCCESSFUL)			
ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES इस उद्देश्य के हेतु कोई अन्य सहायता किसी अन्य स्रोत से प्राप्त हुई है?					
Sr. No. क्रम संख्या		NAME of OTHER SOURCE अन्य स्रोत का नाम		AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILED उसी उद्देश्य के हेतु	

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.
- 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 व सत्य माना जाता है तो मेरी सहायता निरास की जा सकती है।
- 2) मैं इस बात को गंभीरता से "कोशिका फाउंडेशन", से लेता हूँ कि यह सहायता केवल उद्देश्य की पूर्ति के लिए किया जाएगा, जो इस प्रकरण में मांग किया गया है।
- 3) मैं पुष्टि करता हूँ कि मैं इस सहायता हेतु या भविष्य में किसी भी रूप में, इस राशि का अधिक या समस्त निशाना किसी अन्य स्रोत/नियोक्ता/बीमा कंपनी से न ले रहा हूँ 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 is in this regard will be final and acceptable to me.

- 1) इस प्रकार मैं अपने हस्ताक्षर या अंगूठे की छाप लगाकर, मैं (आवेदक) आवेदक स्वयं को पुष्टि करता हूँ एवं "कोशिका फाउंडेशन और इसके 'व्यक्तियों' " को अधिकृत करता हूँ कि वे मेरा नाम, पता, फोटो और जो विवरण इस प्रकरण में घोषित है, उसे "कोशिका" द्वारा यादगार, दूर, या अन्य किसी भी माध्यम से मेरी छवि/विवरण और उपलब्धियों के लिए किसी भी प्रकार का प्रचार करने के लिए अधिकृत है। मैं इस बात का विचार भी करता हूँ कि मैं या मेरे परिवार के लिए "कोशिका फाउंडेशन" से किसी भी प्रकार की सहायता नहीं ले रहा हूँ।
- 2) मैं (आवेदक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण जो कि सहायता के उद्देश्य से प्रेषित है मुझे सहायता का इंतजार नहीं कराएगा। इस सम्बंध में "कोशिका" द्वारा उक्त व्यक्तियों का निर्णय अंतिम और स्वीकार्य होगा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION :

आवेदक की हस्ताक्षर या अंगूठे 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.

हमारे अधिकृत, हस्ताक्षर की ओर से हमारे/हमारे को "कोशिका फाउंडेशन" से वित्तीय सहायता हेतु सिफारिश की जाती है, किसे 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 उक्त रोगी/रोगी के लिए मांगी जा रही है, बल्कि हमने "कोशिका फाउंडेशन" से सिफारिश/विनिर्देश उक्त को सहायता से "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा प्राप्त हेतु कि है। यदि "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा सहायता विनिर्देश अस्वीकार/नकार हेतु मांगुर नहीं किया जाता है तो हमारा किसी अन्य सहायता संगठन या किसी अन्य सहायता संगठन से सहायता लेने का अधिकार सुरक्षित रहता है। इस पुष्टि में स्पष्ट कहा जाता है कि हमारा/हमारे द्वारा उक्त रोगी/रोगी के लिए सिफारिश/विनिर्देश उक्त को सहायता संगठन या किसी अन्य सहायता संगठन से नहीं लेना/लेनी।

2. "कोशिका फाउंडेशन" से लेने वाली सहायता केवल वित्तीय प्रकृति की है। रोगी या हमारा/हमारे द्वारा ही यह सहायता या किने गये उपचार/उपचार का चुनाव रोगी स्वयं हमारा/हमारे को सहायता संगठन है और "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई दखल नहीं है। इसीलिए हमारा/हमारे द्वारा लेने के लिए सहायता संगठन और अपने करने की सभी जिम्मेदारी रोगी स्वयं हमारा/हमारे को होती है और "कोशिका" को कोई ज़िम्मेदारी इस मामले में नहीं होती।

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE

स्वीकृति के लिए संस्तुति

Date of Surgery
ऑपरेशन की तारीख

22/04/19

Dr. Dhananjay Giri

MBBS, MS

Reg. No. 60578

Surgeon, Koshika Foundation & Research Centre

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

हस्ताक्षर का नाम व हस्ताक्षर व छाप

Shib Sankar Bagchi

Director

(Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory

on behalf of Hospital)

हम व पर हमारा/हमारे अधिकृत अधिकारी

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION

आन्तरिक उपयोग हेतु

SIGNATURE of TRUSTEE 1

न्यासी हस्ताक्षर 1

SIGNATURE of TRUSTEE 2

न्यासी हस्ताक्षर 2