

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE सहायता हेतु आवेदन प्रारूप		(Healthcare) (स्वास्थ्य देखभाल)		 Koshika foundation Building block of life.	
APPLICATION No.: K/0719/0905 आवेदन संख्या:		APPLICATION DATE: 16/7/19 अर्जित तिथि			
NAME of APPLICANT: आवेदक का नाम NUR ISLAM MOLLA		AGE-YEARS आयु-वर्ष 79	SEX लिंग M		
FATHER'S/SPOUSE'S NAME: पिता/हस्ताक्षर का नाम SAMASERA MOLLA				 	
PRESENT RESIDENCE ADDRESS वर्तमान आवास पता BHAVDA, KHARUPALA, NORTH 24 PARGANAS, 743425, WEST BENGAL					
PERMANENT RESIDENCE ADDRESS स्थायी आवास पता — AS ABOVE —					
OCCUPATION: UNEMPLOYED व्यवसाय		MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)			
TOTAL ANNUAL INCOME: RS 2200 x 12 = 26400/- कुल वार्षिक आय		(Attach Proof of Income) (आय का सबूत संलग्न)			
PAN No. स्थायी खाता संख्या					
ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable): क्या आप आय कर दाता हैं (जो मान्य हो उस पर सही का चिह्न लगाएं)		Yes / No हां / 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 सम्बंध	
1	NUR ISLAM MOLLA	79	M	SELF	
2	JAHORA BTISI	76	F	WIFE	
3	SAMASERA MOLLA	52	M	SON	
4	ABTAR MOLLA	48	M	SON	
BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable) सहायता के लिए विनंति आधार					
BPL Card (Attach Card Copy) गरीबी रेशा के नीचे प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें)		EWS Certificate (Attach Certificate Copy) अल्प आय वर्ग प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें)		Any Other Basis/Proof अन्य कोई सबूत	
"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE: सहायता हेतु किये गये विनंती का उद्देश्य:					
Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached अस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई प्रतिवेदन सूची संलग्न				
1	DIAGNOSTICS - CATHERET - LE				
2	SURGERY - RE (SICST 10U)				
ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES इस उद्देश्य के 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 AVAILED सी गई सहायता राशि		

DECLARATION by APPLICANT: आवेदक द्वारा घोषणा:

- 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 मेरी जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई क्लियर एवं कथन असत्य पाया जाता है तो मेरी सहायता निरास की जा सकती है।
- 2) मैं दृढ़ता से सहायता प्राप्त "कोशिका फाउन्डेशन", से ली जा रही है, उसका उपयोग उही उद्देश्य की पूर्ति के लिये किया जाएगा, जो इस प्रकरण में मांग गया है।
- 3) मैं पुष्टि करता हूँ कि मैं इस सहायता हेतु यह प्रार्थना नहीं करूँ, उस राशि का अधिकतम या समस्त निम्न किसी अन्य प्रोटेक्टिव/वैद्यकीय/वैद्यकीय कम्पनी से या ली जाये और न ही पक्षियों में लूँ।

AGREEMENT by APPLICANT (आवेदक द्वारा कए)

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 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 प्रकरण पर अपने हस्ताक्षर या अंगूठे की छाप लगाकर, मैं (आवेदक) अपनी सहमति की पुष्टि करता हूँ एवं "कोशिका फाउन्डेशन और उसके न्यासीयों" को अधिकृत करता हूँ कि वे मेरा नाम, पता, फोटो और मेरे विवरण इस प्रकरण में प्रकाशित करें, उसे "कोशिका" एवम् न्यासीय, राज, वाचनालय द्वारा उद्देश्य से चुनी गई विविधियों और उपलब्धियों के लिये किसी भी प्रकार सहाय्य से प्रकाशित करने के लिए अधिकृत है। मेरे प्रकरण का निवारण मेरे हस्ताक्षर के पत्रों या कार्ड के बिना "कोशिका फाउन्डेशन" या न्यासीय अधिकृत है।
- 2) मैं (आवेदक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण जो कि सहाय्य के उद्देश्यों से प्रकाशित हैं उनके द्वारा सहाय्य का इस्तेमाल नहीं करेगा। इस सम्बंध में "कोशिका" एवम् उसके न्यासीयों का निर्णय अंतिम और बाध्यकारी होगा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION :

आवेदक के हस्ताक्षर या अंगूठे का निशान

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

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.

हमारे अधिकृत, हस्ताक्षर की ओर से सम्बन्धित को "कोशिका फाउन्डेशन" से वित्तीय सहाय्य हेतु सिफारिश की जाती है, जिसे हम (हस्पताल) निम्न प्रकार से मान्यता स्वीकार करते हैं।

- 1) यह कि न तो वर्तमान और न ही भविष्य में वित्तीय सहाय्य किसी भी सकारात्मक कारण या किसी अन्य स्रोत से उम्मीद है कि कोशिका फाउन्डेशन से ली जा रही है, जो कि हमने "कोशिका फाउन्डेशन" से सिफारिश/विनिर्दिष्ट उक्त के सम्बंध में "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा मरदा हेतु कि है। यदि "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा सहाय्य विनिर्दिष्ट अधिकतम/प्रक्रिया हेतु मरदा नहीं किया जाता है तो अस्पताल किसी अन्य स्रोत से सहाय्य प्राप्त या किसी अन्य सहाय्य से सहाय्य लेने का अधिकार सुरक्षित रखता है। इस पुष्टि में स्पष्ट कहा जाता है कि अस्पताल द्वितीय मरदा उक्त उद्देश्यों/प्रकारों हेतु किसी भी सकारात्मक कारण या किसी अन्य सहाय्य से नहीं लेगा/लेगी।
2. "कोशिका फाउन्डेशन" से ली गई सहाय्य केवल वित्तीय प्रकृति की है। ऐसी पर हस्पताल द्वारा ही गई सहाय्य या किये गये उपचार/प्रक्रिया का चुनाव होगा एवं हस्पताल को बीच का विषय है और "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई दबाव नहीं है। इसीलिए हस्पताल में ऐसी को हस्ताक्षर सुरक्षा और जाने जाने की सारी जिम्मेदारी होगी एवं हस्पताल को होगी और "कोशिका" को कोई भी प्रकार या जिम्मेदारी इस मामले में नहीं होगी।

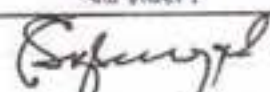
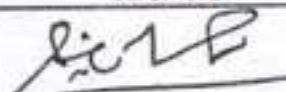
RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE

स्वीकृति के लिए संस्तुति

Date of Surgery ऑपरेशन की तारीख 16/7/19	Dr. Abhishek Mondal MBBS, MR Reg. No. 1388 Koshika Eye Foundation & Research Centre (Name of Dr. & Regn. No. with Stamp) डाक्टर का नाम व हस्ताक्षर व रजि. नं.	Dr. Anil Kumar Bagon Surgeon Koshika Eye Foundation & Research Centre (Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory on behalf of Hospital) मान्य व पर हस्पताल 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 
--	---

