

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE (Healthcare)		(स्वास्थ्य देखभाल)		 Koshika foundation Building block of life.	
APPLICATION No. : आवेदन संख्या :		K/0710/0967		APPLICATION DATE : 20/07/19 आवेदन तिथि	
NAME of APPLICANT : आवेदक का नाम		TAMJID MOSEY MOLLA		AGE-YEARS आयु-वर्ष	SEX लिंग
				41	M
FATHER'S/SPOUSE'S NAME : पिता/कन्या का नाम		TACHHADDEK MOLLA			
PRESENT RESIDENCE ADDRESS वर्तमान आवास पता					
SHANKSAHAR, PASCHIMGHURUG, SOUTH 24					
PARGADAS, 743502, WEST BENGAL					
PERMANENT RESIDENCE ADDRESS : स्थायी आवास पता					
AS ABOVE					
OCCUPATION : व्यवसाय				MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)	
UNEMPLOYED					
TOTAL ANNUAL INCOME : कुल वार्षिक आय				(Attach Proof of Income) (आय का साक्ष्य संलग्न)	
RS 1500 X 12 = 18000/-					
PAN No. स्थायी राजस्व संख्या					
ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable): क्या आप आय कर दाता हैं (जो मान्य हो उस पर सही का निशान लगावे):					
Yes / No हा / 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.	TAMJID MOSEY MOLLA	41	M	SELF	
2.	MALEKA BEB	44	F	WIFE	
3.	BEAUTY BEB	41	F	DAUGHTER	
4.	LOVELY KHATUN	38	F	DAUGHTER	
BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable) सहायता के लिये विधि आधार					
BPL Card (Attach Card Copy) गरीबी रेषा 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)		Ration Card (Attach Copy) उपभोक्ता कार्ड (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें)	
Any Other Basis/Proof अन्य कोई साक्ष्य					
"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE: सहायता हेतु किये गये किसी का उद्देश्य:					
Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached अस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई प्रतिवेदन सुची संलग्न				
1.	DIAGNOSES - CATARACT - RE				
2.	SURGERY - RE (STICS - 100)				
ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES इस उद्देश्य के हेतु कोई अन्य सहायता किसी अन्य स्रोत से लिया गया हो?					
Sr. No. क्रम संख्या	NAME of OTHER SOURCE अन्य स्रोत का नाम			AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILED सी गई सहायता राशी	

DECLARATION by APPLICANT: **अवेदक द्वारा घोषणा यह:**

- 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 प्रारूप में दिये गये सभी विवरण मेरी जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई विवरण सत्य एवं सत्य नहीं होता है तो मेरी सहायता निरस्त की जा सकती है।
- 2) मैं स्पष्ट रूप से सहायता प्राप्त "कौशिका फाउन्डेशन", से ही जा रही है, उसका उपयोग उक्त उद्देश्य की पूर्ति के लिये किया जाएगा, जो इस प्रारूप में पद पद है।
- 3) मैं यही कहता हूँ कि बिना सहायता हेतु यह प्रार्थना की गई है, उस राशि का आंशिक या समस्त हिस्सा किसी अन्य सोर्स/एम्प्लॉयर/इंश्योरेंस कंपनी से न ले लिया है और न ही भविष्य में लूँगा।

AGREEMENT by APPLICANT (अनुवेदक द्वारा करार)

- 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 प्रश्न का अपने हस्ताक्षर या अंगठे की छाप लगाकर, मैं (आवेदक) अपनी सत्यता की पुष्टि करता हूँ एवं "कोशिका फाउंडेशन और उसके न्यायियों" को अधिकृत करता हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और जो विवरण इस प्रश्न में घोषित है, उसे "कोशिका" एवम् न्यायों, धर्म, सामान्य दूरों उद्देश्य से जुड़ी गतिविधियों और उपलब्धियों के लिये किसी भी प्रकार सम्मान से प्रस्तुति करने के लिए अधिकृत है। मेरे प्रश्न का विवरण मेरे हस्ताक्षर के पक्षों या धर्म के करने के लिए "कोशिका फाउंडेशन" व न्यायी 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 स्वतः सहायता का हक्कदार नहीं बनाता। इस सम्बंध में "कोशिका" एवम् उसके न्यायियों का निर्णय अंतिम और बाध्यकारी होगा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION:

आपेदक के इलाज या मरीज का निगल



AGREEMENT by HOSPITAL (हॉस्पिटल द्वारा करार)

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 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.

इसका अर्थ है कि हमें अपने देश के लोगों को "कॉलेजियल फायनेंसिंग" से विलीन करवाया जाना चाहिए। यह भी सही है, जिसे हम (हमself) विभिन्न प्रकार से मान्य व उपयोग करते हैं।

- 1) यह कि न तो सर्वोच्च और न ही सर्वोच्च में विहित उपायधम किसी गैर सरकारी संस्था या किसी अन्य व्यक्ति से उठाये गये/पाये गये होने या ले रहे हैं, जैसे कि हमने "कोशिका फाउन्डेशन" से गिरफ्तारी/विहीत उपायधम को सम्बंध में "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा मार देना कि है। यह "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा साक्ष्य विधित अशिका/समल हेतु मन्त्र नहीं किया जाता है तो अस्पताल किसी अन्य गैर सरकारी संस्था या किसी अन्य सम्बन्धन से साक्ष्य लेने का अधिकार सुरक्षित रहता है। इस पृष्ठ में स्पष्ट कहा जाता है कि अस्पताल विशेष पर उक्त टोपी/पायले हेतु किसी गैर सरकारी संस्था या किसी अन्य सम्बन्धन से नहीं लेना/लेना।

2. "भारतिका पाठ्यपुस्तक" से ली गई सामग्री केवल शैक्षणिक प्रयुक्ति की है। ऐसी या अन्यथा इस पर कोई सख्त या कठिन गाने उपचार/प्रक्रिया का चुनाव ऐसी एवं अन्यथा के बीच का विषय है और "भारतिका पाठ्यपुस्तक" द्वारा किसी प्रकार का कोई दावा नहीं है। इसलिये इसपुस्तक में ऐसी को इसका सूरक्षा और अन्य कानून को खरीद डिप्लोमा ऐसी एवं अन्यथा को खरीद और "भारतिका" को कोई भविष्य या डिप्लोमा इस मामले में नहीं होगी।

RECOMMENDED FOR ACCEPTENCE

Dr. Alok Agrawal कर्मिकर्ता के लिए संसाधन

MARS, MS. P. 10. C. 1. F. 10. F. 10. F. 10.

Rev. 10-1-01

East Tennessee State University

Stamp of Dr. R. Dunn, M.D. with Stamp!

अथवा ३३ या ३४ नं. कागज पर पत्र लिखें

© 2000 Blackwell Science Ltd

Eye Exam by Dr. E. E. Eason

Destination & Stamp of

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

महानगरपालिका क्षेत्र, प्रमुख स्थानीय तह तथा
महानगरपालिका क्षेत्र, प्रमुख स्थानीय तह तथा

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION आन्तरिक उपयोग हेतु

SIGNATURE of TRUSTEE 1

न्यासी इत्यादि ।

Signature

SIGNATURE of TRUSTEE 2

न्यासी इत्यादि

Rich