

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE

सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)

(स्वास्थ्य देखभाल)



Koshika
foundation
Building block of life.

APPLICATION No. : K/0919/1430

APPLICATION DATE : 2/9/19

NAME of APPLICANT : SAHIDUL MOLLA

AGE-YEARS आयु-वर्ष

55

SEX लिंग

M

FATHER'S/SPOUSE'S NAME : HAMED MOLLA

PRESENT RESIDENCE ADDRESS वर्तमान आवासीय पता

RADURIA NORTH 24 PARGANAS 743401, WEST BENGAL

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS : स्थायी आवासीय पता

-AS ABOVE-



OCCUPATION : LABOURER

MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)

TOTAL ANNUAL INCOME : RS 1800 X 12 = 21600

(Attach Proof of Income)
(आप का साक्ष्य संलग्न करें)

PAN No. स्थायी आय संचयन

ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable):
क्या आप आय कर दाखल हैं (जो मान्य हो उस पर चिह्न का निशान लगाएं)Yes / No
हां / नहीं

FAMILY DETAILS परिवार विवरण

Sr. No. क्रम संख्या	Name of Family Member परिवार के सदस्यों का नाम	Age (Years) वय (वर्ष)	Gender लिंग	Relation with Applicant आवेदक के साथ सम्बन्ध
1.	SAHIDUL MOLLA	55	M	SELF
2.	MONOJ KHATUN	43	F	WIFE
3.	KHAYON MOLLA	23	M	SON
4.	PUTI BIBI	25	F	DAUGHTER
5.	FAJMEBA BIBI	22	F	DAUGHTER

BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable)
सहायता के लिये विधि 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)	Ration Card (Attach Copy) उपभोग्य कार्ड (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें)	Any Other Basis/Proof अन्य कोई साक्ष्य
---	---	--	--

PURPOSE for REQUESTING ASSISTANCE:
सहायता हेतु किये गये विनोद का उद्देश्य:

Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached अस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई प्रतिक्रिया सूची संलग्न
1.	DIAGNOSIS - CATARACT - LE
2.	SURGERY - LE (SICS+IOL)

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 ली गई सहायता राशि

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 स्वीकार करता हूँ कि इस प्रश्न में दिये गये सभी विवरण सही जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं; यदि कोई विवरण एवं कथन असत्य पाया जाता है तो मेरी सहायता निरास की जा सकती है।
- 2) मेरे द्वारा जो साक्ष्य एति "कोशिका काउन्टिंग", वो सही था रही है, उसका उपयोग जारी तरीके से सुई के सिरे किया जायेगा, जो इस प्रश्न में भरा गया है।
- 3) मैं सुनिश्चित करता हूँ कि बिना सहायता हेतु यह प्रश्न को हल है, जब एति का अंतिम या साक्षात् निरास किसी अन्य प्रोटीन/पेप्टोसाइड/न्यूरो कम्पली से न हो लिया है और न ही अधिकतम से सुनिश्चित।

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 Keshika Foundation, and their decision in this regard will be final and acceptable to me.

- 1) इस प्रश्न या उत्तर इत्यादि या अंग्रेजी की छात्र सहायक, मैं (अभ्यर्थक) अपनी रायों की पूर्ण प्रतिकृति हूँ। मैं "कोशिका काउंटिंग और उसके माध्यमों" को अधिभूत करता हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और जो विवरण इस प्रश्न में संलग्न है, उसे "कोशिका" समूह, मेरा, सहायक द्वारा उद्देश्य से मुझे प्रतिनिधित्व और उपस्थिति के लिये किसी भी प्रकार सम्मान से प्रशिक्षण करने के लिये अधिभूत है। मेरे प्रश्न का विवरण मेरे प्रश्न के पहले या बाद में करने के लिए "कोशिका काउंटिंग" या माध्यम अधिभूत है।
- 2) मैं (अभ्यर्थक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण जो कि सहायक को उद्देश्य से प्रेषित है मुझे सहायक सहायक या सहायक नहीं करता। इस सम्बन्ध में "कोशिका" समूह उसके माध्यमों का निर्णय अंतिम और बाध्यकारी होगा।

आपके कर्म के फलदायक या खराब का निर्धारण



By affixing hereunder, signature of our Authorised Signatory for recommending this case/patient for financial assistance from Koshika Foundation, we (Institution) 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.

इसके अतिरिक्त हास्यपरी को अंतर से समझा/पेरी को "कौटिल्य का फरावेंदोश" से विविध साक्षात्कारों द्वारा विपणित की जाती है, जिसे इन (हस्तगत) विभिन्न प्रकार से आज्ञा व स्वीकार करते हैं।

- 1) यह कि न तो यमजिन और न ही श्रद्धिमान में विविध सम्मान। किसी भी राजाकी सम्पन्न या किसी अन्य राजे से उच्च श्रेणी/पद/पदों में लेने या ले रहे हैं, जैसे कि हमने "कोशिका फाउन्डेशन" से डिप्लोमा/विधि उच्च के सम्मान में "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा पुरस्कार देना कि। यदि "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा सम्मान विधि अतिरिक्त/सफल हेतु सम्मान नहीं किया जाता है तो सम्मान किसी अन्य भी राजाकी सम्मान या किसी अन्य सम्मान से सम्मान लेने का अधिकार सुरक्षित रहता है। इस पृष्ठ में स्पष्ट कहा जाता है कि सम्मान डिप्लोमा पद उच्च श्रेणी/पद/पदों हेतु किसी भी राजाकी सम्मान या किसी अन्य सम्मान से नहीं लेना/लेनी।

2. "कोरिका फाउन्डेशन" से सी गई सामग्री कोषल विविध प्रवृत्ति की है। ऐसी पर हमला करने वाले सी गई सामग्री या किसी गैर उपचारप्रक्रिया का प्रचार ऐसी एवं हमला करने वाले का विषय है और "कोरिका फाउन्डेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई दवाय नहीं है। इसीलिए हमला करने वाले को इसका मुकाबला और जाने जाने की सारी विनोदों ऐसी एवं हमला करने वाले और "कोरिका" को कोई धमिका या विनोदों इस मामले में नहीं होती।

स्वीकृती के लिए संस्तुति

Shib Sankar Banerji

Director

SARU EYE, Fashion & Research Centre

Date of Surgery

2/2/19

Dr. Alok Agarwal
M.B.B.S., M.S., Ph.D (Eng), F.M.R.F., F.S.N.E.C.
Reg. No. - 68668
(Name of Dr. or Reg. No. with Stamp)
डाक्टर का नाम या पंजीकृत संख्या

(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

मन्त्रोक्तं यथा

SIGNATURE of TRUSTEE 2

न्यायी इस्लाम २

Erklärung

list