

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE
सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)
(स्वास्थ्य देखभाल)



APPLICATION No. / आवेदन संख्या : K/1119/2171

APPLICATION DATE / आवेदन तिथि : 15/12/2019

NAME of APPLICANT / आवेदक का नाम : HASINA BIBI MOLLA

AGE-YEARS / आयु-वर्ष : 60

SEX / लिंग : F

FATHER'S/SPOUSE'S NAME / पिता/कटुम्ब का नाम : KHALIN MOLLA

PRESENT RESIDENCE ADDRESS / वर्तमान निवासस्थान
GAZI NASKAR MOLLA O SHARDAK PARA, JOY NAGAR, SOUTH 24 PARGANAS, WEST BENGAL

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS / स्थायी निवासस्थान
AS ABOVE



OCCUPATION / व्यवसाय : DOMESTIC HELP

MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित) /

TOTAL ANNUAL INCOME / वार्षिक आय : RS 2200 X 12 = 26400/-

(Attach Proof of Income) / (आय का प्रमाण संलग्न करें)

PAN No. / PAN संख्या : [Blank]

ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable) / क्या आप आय कर दाता हैं (जो मध्यम हो उस पर चिह्न का निरूपण करें) : 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.	HASINA BIBI MOLLA	60	F	SELF
2.	KHALIN MOLLA	63	M	HUSBAND
3.	MATHIN MOLLA	37	M	SON

BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable) / सहायता के लिये विनति आधार			
EPL Card (Attach Card Copy) / राष्ट्रीय रक्षा के नीचे प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें)	EWS Certificate (Attach Certificate Copy) / अन्य 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 प्रमाण

"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE: / सहायता हेतु किसे लने विनती का 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 (SISS + 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

DECLARATION by APPLICANT: (अर्शेक ड्राफ्ट खोषण करः)

- 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 घोषणा करता हूँ कि इस प्रश्न में दिये गये सभी विवरण मेरी जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई विवरण सत्य अथवा असत्य पाया जाता है तो मेरी सहायता निरस्त की जा सकती है।
 2) मैं यहाँ घोषणा करता हूँ कि "कोशिका फाउन्डेशन", से जो भी मदद मिलेगी, वह केवल उद्देश्य के लिए ही प्रयोग की जाएगी, जो इस प्रश्न में बताया गया है।
 3) मैं यहाँ घोषणा करता हूँ कि मैंने और भविष्य में भी किसी भी अन्य स्रोत/रोजगार/बीमा कंपनी से मदद नहीं लेऊँगा और न ही किसी से लूँगा।

AGREEMENT by APPLICANT (अर्शेक ड्राफ्ट खोषण)

- 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 प्रश्न पर अपने हस्ताक्षर या अंगूठे की छाप लगाकर, मैं (अर्शेक) यहाँ घोषणा करता हूँ कि मैं "कोशिका फाउन्डेशन और इसके भरोसेदारों" को अधिकृत करता हूँ कि वे मेरा नाम, पता, फोटो और मेरे विवरण इस प्रश्न में घोषित हैं, उन्हें "कोशिका" द्वारा प्रकाशित, प्रसारित, प्रकाशित करने, प्रसारित करने, प्रसारित करने के लिए प्रयोग करने के लिए "कोशिका फाउन्डेशन" से मदद मांगने के लिए प्रयोग करने के लिए अधिकृत है। मेरे प्रश्न का निवारण मेरी इच्छा के अनुसार या बाद में करने के लिए "कोशिका फाउन्डेशन" से मदद अधिकृत है।
 2) मैं (अर्शेक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण को बिना किसी भी प्रकार के बदलाव के प्रसारित करने के लिए प्रयोग करने के लिए "कोशिका" द्वारा प्रकाशित, प्रकाशित, प्रकाशित करने के लिए अधिकृत है। मेरे प्रश्न का निवारण मेरी इच्छा के अनुसार या बाद में करने के लिए "कोशिका" द्वारा प्रकाशित, प्रकाशित, प्रकाशित करने के लिए अधिकृत है।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION :

अर्शेक के हस्ताक्षर या अंगूठे का निशान



AGREEMENT by HOSPITAL (हस्ताक्षर ड्राफ्ट कर)

- 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.
- हस्ताक्षर करके, हमारे यहाँ हस्ताक्षर करने वाले अधिकृत अधिकारी को "कोशिका फाउन्डेशन" से वित्तीय सहायता हेतु सिफारिश करने के लिए, हम (हस्पताल) निम्न प्रकार से घोषणा और स्वीकार करते हैं:
- 1) यह कि हम अभी और भविष्य में किसी भी अन्य स्रोत से वित्तीय सहायता नहीं मांगेंगे, क्योंकि हमें "कोशिका फाउन्डेशन" से वित्तीय सहायता की आवश्यकता है। यदि "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा मांगी गई सहायता पूरी नहीं मिलती है, तो हमें अन्य स्रोतों से वित्तीय सहायता की आवश्यकता है। यह घोषणा करने के लिए "कोशिका फाउन्डेशन" से वित्तीय सहायता की आवश्यकता है।
 - 2) "कोशिका फाउन्डेशन" से मदद केवल वित्तीय प्रकृति की है। उपचार या प्रक्रिया का चुनाव रोगी और हस्पताल के बीच की व्यवस्था पर निर्भर करता है और "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा प्रस्तावित उपचार या प्रक्रिया को "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा प्रभावित नहीं किया जा सकता है। इसलिए, हस्पताल को रोगी के उपचार और सुरक्षा के लिए पूरी जिम्मेदारी लेनी होगी और "कोशिका" को कोई भी भूमिका या जिम्मेदारी नहीं होगी।

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE

स्वीकृति के लिए संस्तुति

<p>Date of Surgery ऑपरेशन की तारीख 15/04/2019</p>	<p>Dr. Archye Das M.D. (Surg) Reg. No. 59372 (Name of Dr. & Regn. No. with Stamp) सर्विकल सल्यूशन सेंटर</p>	<p>Sankar Das (Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory on behalf of Hospital) नाम व पद हस्ताक्षर अधिकृत अधिकारी</p>
--	--	--

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION आन्तरिक उपयोग हेतु

<p>SIGNATURE of TRUSTEE 1 भरोसेदार 1</p>	<p>SIGNATURE of TRUSTEE 2 भरोसेदार 2</p>