

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE
सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)
(स्वास्थ्य देखभाल)



APPLICATION No.: 211119/2181 APPLICATION DATE: 15/12/2019

NAME of APPLICANT: AJUDA MOLLA AGE-YEARS: 61 SEX: F

FATHER'S/SPOUSE'S NAME: NURISLAM MOLLA



PRESENT RESIDENCE ADDRESS: DAKSHIN BHANGA, SANDESHKHALI NORTH, 29 PARANAS, 743829, WEST BENGAL

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS: AS ABOVE

OCCUPATION: HOUSEWIFE MAJURED (विवाहित) / UNMAJURED (अविवाहित)

TOTAL ANNUAL INCOME: RS 1500 X 12 = 18,000/- (Attach Proof of Income)

PAN No. (आपका पास है)

ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable): 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 संबंध
1	AJUDA MOLLA	61	F	SELF
2	NURISLAM MOLLA	62	M	HUSBAND
3	GAFAR MOLLA	33	M	SON

BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable)
सहायता के लिये किति आधार

EPL Card (Attach Card Copy) गरीबी रेटा के नीचे प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की कति प्रति संलग्न की)	EWS Certificate (Attach Certificate Copy) अल्प आय वर्ग प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की कति प्रति संलग्न की)	Ration Card (Attach Copy) रसयोजना कार्ड (प्रमाण पत्र की कति प्रति संलग्न की)	Any Other Basis/Proof अन्य कोई प्रमाण
--	--	---	--

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

Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached अनुसंधान/वैजिन से जारी की गई प्रतिवेदन सूची संलग्न
1.	DIAGNOSIS — CATARACT — RE
2.	SURGERY — RE (SICSTIOL)

ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME *PURPOSE* from OTHER SOURCES
इस उद्देश्य के हेतु कोई अन्य सहायता किति अन्य स्रोत से लिया गया है?

Sr. No. क्रम संख्या	NAME of OTHER SOURCE अन्य स्रोत का नाम	AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILED एवं कति सहायता मिली

DECLARATION by APPLICANT: (अर्शेक ह्ये फोरम पर)

- 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 पर यह सुनिश्चित करता हूँ कि इस प्रश्न में दिये गये सभी विवरण सही जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई विवरण सत्य कथन प्रस्तुत करने के लिए गलत जानकारी दी गई है तो मेरी सहायता निरस्त की जा सकती है।
- 2) मैं यहाँ पर यह सुनिश्चित करता हूँ कि "कोशिका फाउंडेशन", से जो सहायता मिलेगी, उसे केवल उद्देश्य के लिए ही उपयोग किया जाएगा, जो इस प्रश्न में माँगा गया है।
- 3) मैं यहाँ पर यह सुनिश्चित करता हूँ कि मैं भविष्य में या भविष्य में कभी भी, किसी भी अन्य स्रोत/रोजगार/बीमा कंपनी से न कोई सहायता लेऊँ और न ही सहायता ले सकूँ।

AGREEMENT by APPLICANT (अर्शेक ह्ये फोरम पर)

- 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 पर अपनी हस्ताक्षर या अंगूठे की छाप लगाकर, मैं (अर्शेक) यहाँ पर सहमत हो रहा हूँ कि "कोशिका फाउंडेशन और इसके ट्रस्टी" 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 के लिए उपयोग करने के लिए किसी भी माध्यम से प्रकाशित करने के लिए अधिकृत है। यह प्रश्न का विवरण मेरे इरादों के साथ है और मैं इनके बिना "कोशिका फाउंडेशन" से सहायता नहीं ले सकता।
- 2) मैं (अर्शेक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण को बिना मेरे इरादों के प्रकाशित करने के लिए उपयोग करने के लिए "कोशिका" द्वारा प्रकाशित, प्रकाशित और प्रसारित किया जा सकता है।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION :

अर्शेक के हस्ताक्षर या अंगूठे का निशान



AGREEMENT by HOSPITAL (हस्पताल ह्ये फोरम पर)

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.

हमने अधिकृत, हस्ताक्षर की और से यहाँ पर सहमत हो रहा हूँ कि "कोशिका फाउंडेशन" से वित्तीय सहायता हेतु सिफारिश की जाती है, जिसे हम (हस्पताल) वित्त प्रदाता से प्राप्त न कर सकें।

1) यह कि न तो हमें वर्तमान में या भविष्य में वित्तीय सहायता किसी और स्रोत से प्राप्त करने की आवश्यकता है जो कि "कोशिका फाउंडेशन" से प्राप्त करने के लिए माँगा गया है। यदि "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा सहायता प्रदान नहीं की जाती है तो हमें अन्य स्रोत से सहायता लेने का अधिकार सुरक्षित रहता है। इस सुनिश्चित करने का अर्थ यह है कि अत्यंत दुर्लभ मामलों में सहायता हेतु किसी और स्रोत से सहायता लेने का अधिकार सुरक्षित रहता है।

2. "कोशिका फाउंडेशन" से जो सहायता प्राप्त की जाती है, वह केवल वित्तीय प्रकृति की है। उपचार के चयन का चयन रोगी और हस्पताल के बीच का विचार है और "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा सहायता प्रदान करने का कोई प्रभाव नहीं है। हस्ताक्षर हस्ताक्षर करने वाले के इरादों के अनुसार और रोगी के हितों के लिए ही प्रदान की जाती है।

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE
स्वीकृति के लिए संस्तुति

<p>Date of Surgery ऑपरेशन की तारीख</p> <p>15/11/2019</p>	<p>Dr. Anshu Das MD, MS Reg. No. - 89372 (Name of Dr. & Reg. No. with Stamp) डॉक्टर का नाम या हस्ताक्षर के साथ</p>	<p>Shibantar Bagchi Director Foundation & Research Centre (Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory on behalf of Hospital) नाम या पद हस्ताक्षर अधिकृत अधिकारी</p>
--	--	--

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION आन्तरिक उपयोग हेतु

<p>SIGNATURE of TRUSTEE 1 न्यायी हस्ताक्षर 1</p>	<p>SIGNATURE of TRUSTEE 2 न्यायी हस्ताक्षर 2</p>
	