

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE
सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)
(स्वास्थ्य देखभाल)



APPLICATION No. : **K/11119/2206** APPLICATION DATE : **16/11/2024**
आवेदन संख्या : आवेदन तिथि

NAME of APPLICANT : **ASHMAT MOLLA** AGE-YEARS आयु-वर्ष : **56** SEX लिंग : **M**
आवेदक का नाम

FATHER'S/SPOUSE'S NAME : **KAJEM ALI MOLLA**
पिता/पत्नी का नाम

PRESENT RESIDENCE ADDRESS वर्तमान आवासीय पता
**RAJGANBERIA, SIYAMPUR, SOUTH 24 PARGAH,
NAB 793355, WEST BENGAL**

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS : स्थायी आवासीय पता

AS ABOVE



OCCUPATION : **LABOURER** MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)

TOTAL ANNUAL INCOME : **RS 1300 x 12 = 15,600/-** (Attach Proof of Income)
कुल वार्षिक आय (आय का प्रमाण संलग्न करें)

ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable): Yes / No
क्या आप आय का दाता हैं (जो मध्य हो उस पर छापी का निशान लगाएं) हाँ / 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	ASHMAT MOLLA	56	M	SELF
2	MR SAHANGIR MOLLA	29	M	COUSIN

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

<input type="checkbox"/> EPL Card (Attach Card Copy) गरीबी रेषा के नीचे आय का (आय पर की जाच प्रति संलग्न करें)	<input type="checkbox"/> EWS Certificate (Attach Certificate Copy) आय आय वर्ग आय का (आय पर की जाच प्रति संलग्न करें)	<input type="checkbox"/> Ration Card (Attach Copy) रसयोजना कार्ड (आय पर की जाच प्रति संलग्न करें)	<input type="checkbox"/> Any Other Basis/Proof अन्य कोई सबूत
---	---	--	--

"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE:
सहायता हेतु किसे करने विधायी का उद्देश्य:

Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached वैद्यकीय/दवाइयों से जारी की गई प्रतिवेदन धुवी 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 सी गई सहायता राशि

DECLARATION by APPLICANT: (अर्हक द्वारा घोषणा करें)

- 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 नहीं माना जाता है तो मेरी सहायता निरस्त की जा सकती है।
- 2) मैं घोषणा करता हूँ कि "कोशिका फाउंडेशन", से ही मैं सहायता प्राप्त कर रहा हूँ, उसका उपयोग उसी उद्देश्य को पूर्ण करने के लिए किया जाएगा, जो इस प्रारूप में पत्र पत्र है।
- 3) मैं घोषणा करता हूँ कि मैं किसी सहायता हेतु यह प्रारूप नहीं भेज रहा हूँ, इस उद्देश्य का अतिरिक्त या अलग किसी अन्य स्रोत/रोजगार/बीमा कंपनी से न हो सके है और न ही भविष्य में होगा।

AGREEMENT by APPLICANT (अर्हक द्वारा करार)

- 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 प्रारूप पर अपने हस्ताक्षर या अंगूठे की छाप लगाकर, मैं (अर्हक) अपने नाम, पता, फोटो और "उद्देश्य" को सार्वजनिक रूप से प्रसारित करने के लिए "कोशिका फाउंडेशन" और इसके ट्रस्टियों को अधिकृत करता हूँ कि वे मेरा नाम, पता, फोटो और मेरे विवरण इस प्रारूप में प्रसारित करें, उन्हें "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा प्रसारित करने के लिए अन्य स्रोतों से सहायता प्राप्त करने के लिए अधिकृत हों। इस प्रारूप का प्रसारण मेरी सहायता के पत्रों का पत्र भेजने के लिए "कोशिका फाउंडेशन" से प्रार्थना अधिकृत है।
- 2) मैं (अर्हक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण को बिना सहायता के प्रसारित करने से मुझे सहायता प्राप्त करने का अधिकार नहीं बचता। इस संबंध में "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा प्रसारित की गई जानकारी अंतिम और अविरोधनीय होगी।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION :

अर्हक के हस्ताक्षर या अंगूठे का निशान



AGREEMENT by HOSPITAL (हॉस्पिटल द्वारा करार)

- 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.
- इससे अधिकृत, हस्ताक्षर की ओर से सहायता हेतु सिफारिश की जाती है, कि हम (हॉस्पिटल) निम्न प्रकार से मान्यता स्वीकार करते हैं:
- 1) यह कि हम अभी और भविष्य में किसी सहायता के लिए किसी अन्य स्रोत से सहायता नहीं ले रहे हैं, जैसे कि हमने "कोशिका फाउंडेशन" से सिफारिश/सिफारिश के बिना ही "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा प्राप्त किया है। यदि "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा सहायता नहीं मिलती है तो हम सहायता के लिए अन्य स्रोतों से सहायता लेने का अधिकार सुरक्षित रखते हैं। इस प्रारूप में सत्यता का मतलब है कि अलग-अलग स्रोतों से सहायता लेने की अनुमति नहीं है।
 - 2) "कोशिका फाउंडेशन" से ही मैं सहायता के लिए सिफारिश कर रहा हूँ। मेरी या हॉस्पिटल द्वारा मेरी सहायता का निर्णय मेरी सहायता के लिए ही है और "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा सहायता के लिए मेरी सहायता का निर्णय मेरी सहायता के लिए ही है। इसलिए हॉस्पिटल में मेरी सहायता के लिए मेरी सहायता के लिए ही है और "कोशिका फाउंडेशन" से ही मैं सहायता के लिए सिफारिश कर रहा हूँ।

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE

स्वीकृति के लिए संस्तुति

<p>Date of Surgery ऑपरेशन की तारीख</p> <p>16/04/2019</p>	<p>Dr. Harish Chandra Kataria M.D., D.M., D.O. S.No. 335-93729 (Name of Dr. & Regn. No. with Stamp)</p>	<p>Shib Anurag Bagchi (Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory Susrut Eye Foundation on behalf of Hospital) Centre</p>
--	---	--

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION (अर्हक के उपयोग हेतु)

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