

**APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE**  
सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)  
(स्वास्थ्य देखभाल)



APPLICATION No.: **K/1219/2802**  
अवेदन संख्या :

APPLICATION DATE: **08/12/19**  
अवेदन तिथि

NAME of APPLICANT: **SOLEMAN MOLLA**  
अवेदन का नाम

AGE-YEARS आयु-वर्ष: **69**  
SEX लिंग: **M**

FATHER'S/SPOUSE'S NAME: **EDRISH MOLLA**  
पिता/कन्या का नाम

PRESENT RESIDENCE ADDRESS वर्तमान निवास पता

**BEJPURA, SALVADANGA, BERTHAMPUR,  
MURSHIDABAD 742134, WEST BENGAL**

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS: स्थायी निवास पता

**- AS ABOVE -**



OCCUPATION: **UNEMPLOYED**  
व्यवसाय

MARRIED (विवाहित) /  UNMARRIED (अविवाहित)

TOTAL ANNUAL INCOME: **RS 1900 x 12 = 22800/-**  
कुल वार्षिक आय

(Attach Proof of Income)  
(आय का सबूत संलग्न)

PAN No. स्वयं का PAN संख्या

ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable):  
क्या आप आय कर दाता हैं (जो लागू हो उस पर सही 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) उम्र (वर्ष)	Gender लिंग	Relation with Applicant आवेदन के साथ सम्बन्ध
1.	SOLEMAN MOLLA	69	M	SELF
2.	MIRFEZA BIBI	65	F	WIFE
3.	IMRAN MOLLA	40	M	SON
4.	ASMA BIBI	38	F	DAUGHTER
5.	MANOJKA BIBI	35	F	DAUGHTER
6.	ASGAR ALI MOLLA	31	M	SON

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

<input type="checkbox"/> EPL Card (Attach Card Copy) गरीबी रेशन के लिये प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न की)	<input type="checkbox"/> EWS Certificate (Attach Certificate Copy) आय आय वर्ग प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न की)	<input type="checkbox"/> Ration Card (Attach Copy) उपभोग्य कार्ड (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न की)	<input type="checkbox"/> Any Other Basis/Proof अन्य कोई सबूत
--	--	---	--

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

Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached अस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई प्रतिवेदन सूची संलग्न
1.	<b>DIAGNOSES - CATARACT - RE</b>
2.	<b>SURGERY - RA (SLICE &amp; POL)</b>

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

Sr. No. क्रम संख्या	NAME of OTHER SOURCE अन्य स्रोत का नाम	AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILED एक वर्ष सहायता का योग

**DECLARATION by APPLICANT: (अर्शेक ह्यु अवेक परः)**

- 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 प्रश्न में दिये गये सभी विवरण मेरी जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई विवरण सत्य कथन गलत कथन सत्य है तो मेरी सहायता निरस्त हो या खत्म हो।
- 2) मैं इस बात को घोषणा करता हूँ कि "कोशिका फाउंडेशन", से ही यह सहायता है, जिसका उपयोग इसी उद्देश्य के लिए किया जाएगा, जो इस प्रश्न में मांग गया है।
- 3) मैं घोषणा करता हूँ कि मैंने सहायता हेतु या प्रत्येक को नहीं है; उस उचित या अतिरिक्त या सहायता किसी अन्य स्रोत/रोजगार/बीमा कंपनी से न ही लिया है और न ही भविष्य में लूँगा।

**AGREEMENT by APPLICANT (अर्शेक ह्यु करत)**

- 1) By affixing my signature or thumb impression on this Form, I (Applicant) hereby agree & authorize Koshika Foundation and it's Trustees to use/publish/post-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 या अपने इलाका या अंग्रेजी को जान सहायक, मैं (अर्शेक) अपनी जानकारी को उचित करता हूँ एवं "कोशिका फाउंडेशन और उसके न्यायीयों" को अधिकृत करता हूँ कि वे मेरा नाम, पता, फोटो और मेरे विवरण इस प्रश्न में घोषित हैं, उन्हें "कोशिका" द्वारा न्यायीयों, छात्र, सहायक व अन्य उद्देश्यों से मुझे प्रचारित करने और जानकारी के लिए प्रसारित करने के लिए अधिकृत हैं। मैं प्रश्न का विवरण मेरी सहायता के पत्रों या पत्रों के लिए "कोशिका फाउंडेशन" से न्यायीयों अधिकृत है।
- 2) मैं (अर्शेक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण को कि सहायता को उद्देश्यों से प्रचारित है मुझे सहायता का इलाका नहीं बढ़ाया। इस संबंध में "कोशिका" द्वारा उसके न्यायीयों का निर्णय अंतिम और सहायकारी होगा।

**APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION :**

अर्शेक के हस्ताक्षर या बाएं अंगुली का निशान

*(Handwritten Signature)*

**AGREEMENT by HOSPITAL (हस्पताल ह्यु करत)**

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.

हमारे अधिकृत, हस्ताक्षर को अंग्रेजी से सहायता हेतु सिफारिश की जाती है, किसे हम (हस्पताल) निम्न प्रकार से मान्यता प्रदान करते हैं।

1) यह कि न तो वर्तमान और न ही भविष्य में किसी सहायता किसी और सहायता स्रोत या किसी अन्य स्रोत से उपाय लेने के लिए या ले रहे हैं, बल्कि कि हमने "कोशिका फाउंडेशन" से सहायता/सिफारिश उपाय के संबंध में "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा मांग रहे हैं। यदि "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा सहायता सिफारिश/अनुमति हेतु मन्सूर नहीं किया जाता है तो हम सहायता किसी अन्य स्रोत से सहायता लेने का अधिकार सुरक्षित रखते हैं। इस दृष्टि में स्पष्ट कहा जाता है कि सहायता सिफारिश करने वाला स्रोत/सहायता हेतु किसी और सहायता स्रोत या किसी अन्य सहायता से नहीं ले सकते।

2. "कोशिका फाउंडेशन" से ही यह सहायता केवल वित्तीय प्रकृति की है। उपरी का इलाका ह्यु करत को यह सहायता के लिए मेरे उपचार/उपाय का चुनाव लेने एवं इलाका के बीच का विवरण है और "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा सिफारिश प्रदान का कोई दायता नहीं है। इलाका इलाका में उपरी के इलाका सुरक्षा और अपने पत्रों को सही विधि/उपाय लेने एवं इलाका को उपरी और "कोशिका" को कोई दायता या जिम्मेदारी इस मामले में नहीं लेगी।

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE  
स्वीकृति के लिए संस्तुति

Shib Sankar Bagchi  
Director

Date of Surgery अपरेशन की तारीख 08/12/19	Dr. Anvesha Manna MBBS, MS, FRCGS Reg. No. [Stamp] (Name of Dr. & Regn. No. with Stamp) अर्शेक का नाम व इलाका व उचित नं.	[Stamp] (Name, Designation & Stamp of Authorized Signatory on behalf of Hospital) हम न पर हस्ताक्षर अधिकृत अधिकारी
--	--	--

**FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION (अन्तरिक उपयोग हेतु)**

SIGNATURE of TRUSTEE 1 न्यायीय हस्ताक्षर 1	SIGNATURE of TRUSTEE 2 न्यायीय हस्ताक्षर 2
<i>(Handwritten Signature)</i>	<i>(Handwritten Signature)</i>