

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE
सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)
(स्वास्थ्य देखभाल)



APPLICATION No. : आवेदन संख्या : K/0226/2527	APPLICATION DATE : आवेदन तिथि 25.02.2026
NAME of APPLICANT : आवेदक का नाम HABIBAR MOLLA	AGE-YEARS आयु-वर्ष 70Y SEX लिंग M
FATHER'S/SPOUSE'S NAME : पिता/कटुस्थ का नाम IYAR ALI MOLLA	
PRESENT RESIDENCE ADDRESS वर्तमान आवासीय पता 3 FLOREUR, METOATI, UTTAR KASIPUR, BHANGAR-II, 700135, WEST BENGAL	
PERMANENT RESIDENCE ADDRESS : स्थायी आवासीय पता AS ABOVE	



OCCUPATION : व्यवसाय STATIONARY SHOP	MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)
TOTAL ANNUAL INCOME : कुल वार्षिक आय 9000X12 = 93,000/-	(Attach Proof of Income) (आय का साक्ष्य संलग्न)
PAN No. स्थायी खाता संख्या	
ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable): क्या आप आय कर देता है (जो मान्य हो उस पर सही का चिह्न लगाये)	Yes / No 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.	HABIBAR MOLLA	70	M	SELF
2.	LT. SAHARA BIBI	62	FF	WIFE
3.	SAHANUR ISLAM	69	M	SON

BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable) सहायता के लिये विनति आधार			
BPL Card (Attach Card Copy) गरीबी रेखा के नीचे प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें)	EWS Certificate (Attach Certificate Copy) जन्य 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 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) - SUC710L

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 हो गई सहायता राशि

DECLARATION by APPLICANT: आवेदनकर्ता द्वारा घोषणा पत्र:

- 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 प्रकरण में दिए गये सभी विवरण सही जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई क्लियर एवं सचन अवगत पाया जाता है तो मेरी सहायक निस्स को वापस कर दी जाएगी।
- 2) मेरी इच्छा है कि सहायक यदि "कोशिका फाउन्डेशन" से मिले तो मैं इसे केवल उसी उद्देश्य को पूर्ण करने के लिए ही उपयोग करूँगा, जो इस प्रकरण में माँगा गया है।
- 3) मैं पुष्टि करता हूँ कि मैंने सहायक हेतु यह धरणा नहीं की है, इस रोगी का अतिरिक्त या सफल विचार किसी अन्य डॉक्टर/निर्माता/बीमा कम्पनी से न ले लिया है और न ही भविष्य में लूँगा।

AGREEMENT by APPLICANT (आवेदक द्वारा करा)

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 प्रकरण पर अपने हस्ताक्षर या अंगूठे की छाप लगाकर, मैं (आवेदक) अपनी स्वीकृति की पुष्टि करता हूँ एवं "कोशिका फाउन्डेशन और उसके न्यायोचर" को अधिकृत करता हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और मेरे विवरण इस प्रकरण में प्रेषित हैं, उसे "कोशिका" प्रत्येक मास, दान, चिकित्सा/चिकित्सा इत्यादि से जुड़ी गतिविधियों और उपलब्धियों के लिए किसी भी प्रकार माध्यम से प्रसारित करने के लिए अधिकृत है। मेरे प्रकरण का विवरण मेरे हस्ताक्षर के बिना या बाद में करने के लिए "कोशिका फाउन्डेशन" व न्यायोचर अधिकृत है।

2) मैं (आवेदक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण को कि सहायक के उद्देश्यों से प्रेषित है मुझे स्वतः सहायक का इस्तेमाल नहीं करना। इस सम्बंध में "कोशिका" एवं उसके न्यायोचर का निर्णय अंतिम और सत्यकारी होगा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION :

आवेदक के हस्ताक्षर या अंगूठे का निशान

Habiburrahman

AGREEMENT by HOSPITAL (हस्पताल द्वारा करा)

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.

हमारे अधिकृत, स्वीकृत और स्वीकृत करने वाले "कोशिका फाउन्डेशन" से वित्तिय सहायक हेतु सिफारिश को स्वीकृत है, जिसे हम (हस्पताल) निम्न प्रकार से मान्य व स्वीकृत करते हैं।

1) कि हम न तो वर्तमान और न ही भविष्य में वित्तिय सहायक किसी और सहायक संस्था या किसी अन्य स्रोत से उच्च रोगी/रोगी के लिए ले रहे हैं, जैसे कि हमने "कोशिका फाउन्डेशन" से सिफारिश/सिफारिश प्राप्त की संस्था में "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा माँगा है। यदि "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा सहायक विनिर्दिष्ट अतिरिक्त/सफल हेतु मंजूर नहीं किया जाता है तो हस्पताल किसी अन्य स्रोत से सहायक लेने का अधिकार सुरक्षित रखता है। इस पुष्टि में स्पष्ट कहा जाता है कि हस्पताल द्वितीय मदद प्राप्त होने/पाने हेतु किसी भी सहायक संस्था या किसी अन्य स्रोत से नहीं लेगा/लेगी।

2. "कोशिका फाउन्डेशन" से लेने वाली सहायक संस्था वित्तिय प्रकृति की है। रोगी पर हस्पताल द्वारा कोई सलाह या निर्णय यदि उपचार/उपचार या सुधार से ही हस्पताल को सौंपा जा रहा है और "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई दायित्व नहीं है। इसलिए हस्पताल में रोगी के इलाज मुफ्त और अपने खर्चे को पूरी जिम्मेदारी से ही हस्पताल को लेनी और "कोशिका" को कोई पुष्टि या जिम्मेदारी इस मामले में नहीं होगी।

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE

स्वीकृति के लिए संस्तुति

<p>Date of Surgery ऑपरेशन की तारीख</p> <p>25.02.2020</p>	 <p>(Name of Dr. & Regn. No. with Stamp) डॉक्टर का नाम व हस्ताक्षर पं. नि. नं.</p>	<p><i>Optom. Abhishek Das</i> (Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory Sarkara on behalf of Hospital) नाम व पद हस्पताल अधिकृत अधिकारी</p>
--	---	---

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION आन्तरिक उपयोग हेतु

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