

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE

सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)

(स्वास्थ्य देखभाल)


Koshika
 foundation
 Building block of life.

APPLICATION No.: K/0225/2062

आवेदन संख्या:

APPLICATION DATE: 02/03/25

आवेदन तिथि

NAME of APPLICANT: SAHADALI MOLLA

आवेदक का नाम

AGE-YEARS आयु-वर्ष

64

SEX लिंग

M

FATHER'S/SPOUSE'S NAME: KHALEK MOLLA

पिता/पत्नी का नाम

PRESENT RESIDENCE ADDRESS वर्तमान आवासीय पता

GOBBERIA HAROA, NORTH 24 PARGANAS

743425

WEST BENGAL

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS: स्थाई आवासीय पता

— AS ABOVE —



OCCUPATION:

व्यवसाय

VEGETABLE SELLER

MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)

TOTAL ANNUAL INCOME:

कुल वार्षिक आय

5000 X 12 = 60,000

(Attach Proof of Income)

(आय का साक्ष्य संलग्न)

PAN No. स्थाई करदाता संख्या

ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable):

क्या आप आय कर दाता हैं (जो मान्य हो उस पर सही का निशान लगायें)

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	SAHADALI MOLLA	64	M	SELF
2	CHAPURA MOLLA	60	F	WIFE
3	SALAM MOLLA	42	M	SON
4	AJAN MOLLA	40	M	SON
5	MANOHARA MOLLA	33	F	DAUGHTER
6	NALTA MA MOLLA	35	F	DAUGHTER
7	KATEMA MOLLA	33	F	DAUGHTER

BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable)

सहायता के लिये विनति आधार

BPL Card (Attach Card Copy) गरीबी रेश्न के साथ प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें)	EWS Certificate (Attach Certificate Copy) अल्प 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 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 — RB
2	SURGERY — RB — (SKS + IOL)

ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES

इस उद्देश्य के हेतु कोई अन्य सहायता किसी अन्य स्रोत से ली जा रही 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: आवेदक द्वारा घोषणा: २३:

- 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 कहे हैं कि इस प्रश्न में दिए गये सभी विवरण मेरी जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई विवरण एवं कथन असत्य पाया जाता है तो मेरी सहायता निरस्त की जा सकती है।
- 2) मेरे द्वारा जो सहायता गति "कोशिका फाउन्डेशन", से ली जा रही है, उसका उपयोग उसी उद्देश्य को पूर्ण करने के लिए किया जाएगा, जो इस प्रश्न में भरा गया है।
- 3) मैं यहाँ पर कहता हूँ कि मैंने सहायता के पूरे प्रार्थना की नहीं है, उस राशि का अवशेष या संकलन किसी किसी अन्य स्रोत/निर्भोजक/बीमा कम्पनी से न ले लिया है और न ही भविष्य में लूँगा।

AGREEMENT by APPLICANT (आवेदक द्वारा स्वीकृत)

- 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 प्रपत्र पर अपने हस्ताक्षर या अंगूठे की छाप लगाकर, मैं (अर्जितक) यहाँ सहमत हो चुकता हूँ एवं "कोशिका फाउंडेशन और उसके ट्रस्टियों" को अधिकृत करता हूँ कि वे मेरा नाम, पता, फोटो और जो विवरण इस प्रपत्र में उल्लिखित है, उसे "कोशिका" द्वारा स्वामी, पता, या अन्यथा द्वारा उद्धरण से मुझे लक्षितियों और उल्लिखितियों के लिए किसी भी प्रकार का प्रचार से प्रसारित करने के लिए अधिकृत है। मेरे प्रपत्र का विवरण मेरे हस्ताक्षर के सहित या बाद में करने के लिए "कोशिका फाउंडेशन" के ट्रस्टियों के लिए अधिकृत है।
- 2) मैं (अर्जितक) इस बात से सहमत हूँ कि, मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण को कि सहायता के उद्धरण से उल्लिखित है मुझे स्वयं, सहायता का हकदार नहीं बनाता। इस सम्बंध में "कोशिका" द्वारा उल्लिखित ट्रस्टियों का निर्णय अंतिम और बाध्यकारी होगा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION :

जलसेवा खातेद्वारे वा शिंपते म्हा विभाग

15th Nov 2021

AGREEMENT by HOSPITAL (हस्पताल 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 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.

इसका अधिकार, इस्तेमाली को जहाँ से सामान/सेवा को "अतिरिक्त फायदे" से मिलित लाभदायक हो सिद्धांतों की जाती है, जिसे हम (हस्ताक्षर) निम्न प्रकार से मान्य व स्वीकार करते हैं।

- 1) यह कि न तो सर्वान और न ही परिधि में विविध सहायक किसी गैर सरकारी संस्थान या किसी अन्य इकाई से उक्त रंगी/पायल में लेने या ले रहे हैं, जैसे कि इनमें "कोशिका फाउन्डेशन" से सिपरी/एडमिनी उक्त के सम्बंध में "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा यदर हेतु कि है। यदि "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा सहायता विनि अतिशय/मकल हेतु यन्तु नहीं किया जाता है तो अस्पताल किसी अन्य गैर सरकारी संस्था या किसी अन्य संस्था से सहायता लेने का अधिकार सुरक्षित रहता है। इस दृष्टि में स्पष्ट कहा जाता है कि अस्पताल द्वितीय यदर उक्त रंगी/पायल हेतु किसी गैर सरकारी संस्था या किसी अन्य साधन से नहीं लेगा/लेगी।
2. "कोशिका फाउन्डेशन" से ले गई सहायता केवल विविध प्रवृत्ति की है। रंगी पर अस्पताल द्वारा दी गई सहायता या किये गये उपचार/प्रक्रिया का चुनाव रंगी एवं अस्पताल के बीच का विषय है और "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई दबाव नहीं है। इसलिए अस्पताल में रंगी के इलाज सुरक्षा और अन्य जाने की सारी जिम्मेदारी रंगी एवं अस्पताल की होगी और "कोशिका" की कोई परिधि या जिम्मेदारी इस मामले में नहीं होगी।

RECOMMENDED FOR ACCEPTENCE

स्थायिकता के लिए संस्कृति

Date of Surgery ऑपरेशन की तारीख 02/03/25	Dr. Shibashis Das M.B.B.S M.S (Name of Doctor to be filled with Stamp) डाक्टर की नाम से भरें	(Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory on behalf of Hospital) नाम व पद इसका अधिकृत अधिकारी
FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION अन्तरिक उपयोग हेतु		
SIGNATURE of TRUSTEE 1 न्यासी इसाखर 1		SIGNATURE of TRUSTEE 2 न्यासी इसाखर 2
		