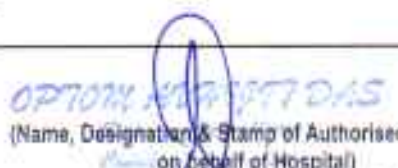
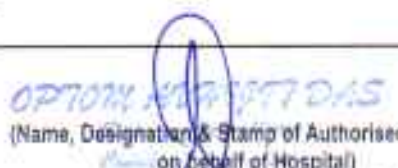
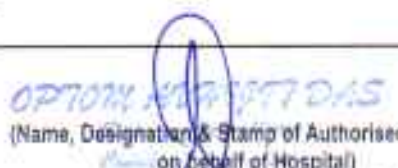
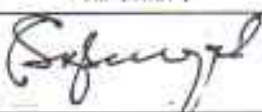


APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE (Healthcare)		(सहायता हेतु आवेदन प्रारूप)		(स्वास्थ्य देखभाल)	
APPLICATION No. : आवेदन संख्या :		K/1024/0992		APPLICATION DATE : आवेदन तिथि : 15/10/24	
NAME of APPLICANT : आवेदक का नाम		MOBAREK MOLLA		AGE-YEARS आयु-वर्ष 69	SEX लिंग M
FATHER'S/SPOUSE'S NAME : पिता/कटुम्ब का नाम FAKIR CHAND MOLLA					
PRESENT RESIDENCE ADDRESS वर्तमान आवासीय पता PETUADHANIHATI, MANGARI, NORTH 24					
PARGANAS 743442 WEST BENGAL					
PERMANENT RESIDENCE ADDRESS स्थायी आवासीय पता — AS ABOVE —					
OCCUPATION : व्यवसाय CARPENTER				MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)	
TOTAL ANNUAL INCOME : कुल वार्षिक आय 4000x12 = 48,000/-				(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 दाता हैं (जो मान्य हो उस पर सही का निशान 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.	MOBAREK MOLLA	69	M	SELF	
2.	SARBANT MOLLA	64	F	WIFE	
3.	MONIRUL MOLLA	36	M	SON	
4.	ROBTUL MOLLA	32	M	SON	
5.	RAHIMA BIBI	29	F	DAUGHTER	
BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable) सहायता के लिये विधि आधार					
BPL Card (Attach Card Copy) गरीबी रेशा के नीचे 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) व्ययपिका 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 — 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 ली गई सहायता राशी	

DECLARATION by APPLICANT: आवेदक द्वारा घोषणा 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 घोषणा करता हूँ कि इस प्रारूप में दिये गये सभी विवरण सही जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई विवरण एवं कथन असत्य पाया जाता है तो मेरी सहायक निरास की जा सकती है। 2) मेरे द्वारा जो सहायक यदि "कोशिका फाउन्डेशन", से ली जा रही है, उसका उपयोग उसी उद्देश्य की पूर्ति के लिये किया जाएगा, जो इस प्रारूप में बताया गया है। 3) मैं पुष्टि करता हूँ कि मैं सहायक हेतु यह प्रार्थना कर रहा हूँ, उस राशि का अधिक या समस्त हिस्सा किसी अन्य स्रोत/निर्धन/बीमा कंपनी से न ले लिया है और न ही भविष्य में लूँगा।				
AGREEMENT by APPLICANT (आवेदक द्वारा करार) 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 fulfilment 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 (आवेदक) अपनी सहमति की पुष्टि करता हूँ एवं "कोशिका फाउन्डेशन और उसके न्यासीयों" को अधिकृत करता हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और जो विवरण इस प्रारूप में घोषित है, उसे "कोशिका" एवम् न्यासी, पत्र, पात्र/या दूसरे उद्देश्य से मुझे विभिन्नियों और उपस्थितियों के लिये किसी भी प्रकार संचरण से प्रसारित करने के लिए अधिकृत है। मेरे प्रारूप का विवरण मेरी इच्छा को पूरने या बाद में कार्य के लिए "कोशिका फाउन्डेशन" से प्राप्त अधिकृत है। 2) मैं (आवेदक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण जो कि सहायक के उद्देश्यों से घोषित है मुझे स्वतः सहायक का हकदार नहीं बनाता। इस सम्बंध में "कोशिका" एवम् उसके न्यासीयों का निर्णय अंतिम और बाध्यकारी होगा।				
APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION: आवेदक की हस्ताक्षर या अंगूठे का निशान 				
AGREEMENT by HOSPITAL (हस्पताल द्वारा करार) 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 की ओर से हमारे/रोगी को "कोशिका फाउन्डेशन" से वित्तीय सहायता हेतु सिफारिश की जाती है, जिसे हम (हस्पताल) निम्न प्रकार से मान्य व स्वीकार करते हैं। 1) यह कि न तो वर्तमान और न ही भविष्य में वित्तीय सहायता किसी और सरकारी संस्थान या किसी अन्य स्रोत से उक्त रोगी/रोगी से लेने या ले रहे हैं, जैसे कि हमने "कोशिका फाउन्डेशन" से सिफारिश/विनंति उक्त के सम्बंध में "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा प्रदत्त हेतु कि है। यदि "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा सहायता विनंति अस्वीकार/सकल हेतु मंजूर नहीं किया जाता है तो हस्पताल किसी अन्य नैसर्गिक संस्था या किसी अन्य संस्था/संस्था से सहायता लेने का अधिकार सुरक्षित रखता है। इस पुष्टि में स्पष्ट कहा जाता है कि हस्पताल द्वितीय प्रदत्त उक्त रोगी/रोगी हेतु किसी और सरकारी संस्था या किसी अन्य संस्था से नहीं लेगा/लेगी। 2) "कोशिका फाउन्डेशन" से ली गई सहायता केवल वित्तीय प्रकृति की है। रोगी पर हस्पताल द्वारा दी गई सलाह या किये गये उपचार/प्रक्रिया का चुनाव रोगी एवं हस्पताल को बीच का विषय है और "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई दबाव नहीं है। इसलिए हस्पताल में रोगी के इलाज सुरक्षा और अन्य जाने की सभी जिम्मेदारियाँ रोगी एवं हस्पताल की होंगी और "कोशिका" की कोई भूमिका या जिम्मेदारी इस मामले में नहीं होगी।				
RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE स्वीकृति के लिए संस्तुति <table border="1"> <tr> <td> Date of Surgery ऑपरेशन की तारीख 15/10/24 </td> <td>  Dr. Shibashis Das M.B.B.S M.S (Name of Dr. & Regn. No. with Stamp) डाक्टर का नाम व हस्ताक्षर सं. रजि. नं. </td> <td>  OPTOM. ANSHU DAS (Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory on behalf of Hospital) SANKAR JAIN & CO. हस्पताल अधिकृत अधिकारी </td> </tr> </table>		Date of Surgery ऑपरेशन की तारीख 15/10/24	 Dr. Shibashis Das M.B.B.S M.S (Name of Dr. & Regn. No. with Stamp) डाक्टर का नाम व हस्ताक्षर सं. रजि. नं.	 OPTOM. ANSHU DAS (Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory on behalf of Hospital) SANKAR JAIN & CO. हस्पताल अधिकृत अधिकारी
Date of Surgery ऑपरेशन की तारीख 15/10/24	 Dr. Shibashis Das M.B.B.S M.S (Name of Dr. & Regn. No. with Stamp) डाक्टर का नाम व हस्ताक्षर सं. रजि. नं.	 OPTOM. ANSHU DAS (Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory on behalf of Hospital) SANKAR JAIN & CO. हस्पताल अधिकृत अधिकारी		
FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION				
SIGNATURE of TRUSTEE 1 न्यासी हस्ताक्षर 1 	SIGNATURE of TRUSTEE 2 न्यासी हस्ताक्षर 2 