

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE

सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)

(स्वास्थ्य हेतु प्रारूप)

Koshika
foundation

Building block of life.

APPLICATION No.: K/1124/1181

APPLICATION DATE: 11/11/24

NAME of APPLICANT: BOJRU RAHAMAN MOLLA

AGE-YEARS आयु-वर्ष

53

SEX लिंग

M

FATHER'S/SPOUSE'S NAME: ABJAYL MOLLA

PRESENT RESIDENCE ADDRESS वर्तमान आवासीय पता

SANKARDHIA NARADUNIA
NORTH 24 PARGANAS 743425
WEST BENGAL

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS: स्थाई आवासीय पता

— AS ABOVE —

OCCUPATION: DRIVER

MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)

TOTAL ANNUAL INCOME: 6000 x 12 = 72000

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

PAN No. स्थाई आयदा संख्या

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

Yes / No

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

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 आवेदक के साथ सम्बंध
1.	BOJRU RAHAMAN MOLLA	53	M	SELF
2.	MASLIMA BIBI	46	F	WIFE
3.	MAHMOUD MOLLA	23	M	SON
4.	ABDUL RAHAMAN MOLLA	20	M	SON

BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable)
सहायता के लिए विनति आधार

BPL Card (Attach Card Copy) गरीबी रक्षा 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) रसयोजना कार्ड (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें)	Any Other Basis/Proof अन्य कोई सक्षम
--	---	--	--

"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE

सहायता हेतु किसे एवं किसरी का उद्देश्य:

Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached अस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई डॉस्क्रिप्शन सूची संलग्न
1.	DIAGNOSIS - CATARACT - LE
2.	SURGERY - LE - (SICT-S+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 राशि

DECLARATION by APPLICANT: मन्त्रालय द्वारा वापस नही

- 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 Kosmika 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 यथासक्त कहता हूँ कि इस प्रश्नावली में दिये गये सभी विवरण सही वास्तविकता के अनुरूप सत्य एवं सही हैं। यदि कोई कथित सत्य वास्तविकता के अलग वास्तविकता है तो मेरी यह प्रश्नावली निरस्त की जा सकती है।
2. मैं इस बात का गम्भीरतापूर्वक "अतिशक्तिपूर्वक" प्रतिबन्धित हूँ, कि मैं इस सहायता को केवल उद्देश्य के लिए ही प्राप्त करूँगा, जो इस प्रश्नावली में बताया गया है।
3. मैं यथासक्त कहता हूँ कि मैं इस सहायता को प्राप्त करने के लिए या इस सहायता का उपयोग करने के लिए किसी अन्य सहायता/रोजगार/बीमा कम्पनी से न तो लाभ ले रहा हूँ और न ही लेने का प्रयत्न कर रहा हूँ।

AGREEMENT by APPLICANT (अभ्यर्थक द्वारा करण)

- 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/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 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 is this regard will be final and acceptable to me.
- 1) इस द्वारा मैं अपने हस्ताक्षर या अंगुली की छाप लगाकर, मैं (अर्हक) अपनी सहमति की पुष्टि करता हूँ एवं "कोशिका" फाउंडेशन और उसके ट्रस्टियों को "मेरा नाम, पता, फोटो और वो विषय जिस पर मैं सहायता चाहता हूँ, उसे "कोशिका" फाउंडेशन द्वारा इस्तेमाल से पहले मेरी सहमति और जानकारी के बिना किसी भी प्रकार माध्यम से प्रकाशित करने के लिए अधिकृत है। मैं इसका उपयोग मेरी इलाज को पूरा करने या बाद में करने के लिए "कोशिका फाउंडेशन" में जारी अधिकृत है।
- 2) मैं (अर्हक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विषय को कोशिका फाउंडेशन को इस्तेमाल से पहले मेरी सहमति और जानकारी के बिना किसी भी प्रकार माध्यम से प्रकाशित करने के लिए अधिकृत है। मैं इसका उपयोग मेरी इलाज को पूरा करने या बाद में करने के लिए "कोशिका फाउंडेशन" में जारी अधिकृत है।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION:

आविष्कार के सम्बन्ध में आगे के मा गिष्ठान



AGREEMENT by HOSPITAL (PRINTED NAME)

- 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.
- हमारे अधिकृत, इलाहाबाद को सेंट से सम्बन्धित की "कोशिका फाउंडेशन" 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 एक सरकारी संस्थान या किसी अन्य स्रोत से तथा समस्त स्रोतों में होने का मेरा दावा है, जैसे कि हमने "कोशिका फाउंडेशन" से सिफारिश/वित्तिय सहायता के सम्बंध में "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा मदद हेतु किया है। यदि "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा आवश्यक वित्तीय सहायता प्रदान नहीं करता है तो अल्पसंख्यक किसी अन्य एक सरकारी संस्था या किसी अन्य समस्त स्रोत से सहायता लेने का अधिकार सुरक्षित रहता है। इस पत्र पर हमारा मत है कि अन्यथा कृपया मदद प्राप्त होगी/पाएंगे किसी एक सरकारी संस्था या किसी अन्य स्रोत से नहीं होगा/होगी।
 - 2) "कोशिका फाउंडेशन" से ही गई सहायता केवल वित्तीय प्रकृति की है। रोगी का उपचारण द्वारा दी गई सलाह या चिकित्सा उपचार/प्रक्रिया का चुनाव रोगी एवं हस्पताल के बीच का फैसला है और "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई दखल-बंदी है। इसलिए हस्पताल में रोगी को इलाज मुफ्त और अपने जाने की सभी जिम्मेदारियों को पूर्ण हस्तांतरण की होगी और "कोशिका" को कोई भूमिका या जिम्मेदारी इन मामलों में नहीं होगी।

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE

सूचीपद्धति के लिए संकेत

Date of Surgery
ऑपरेशन की तारीख

11/11/24

Director
M.B.B.S. M.S (Gold Medalist)
Reg. No. 71035 WBMC
(Name of Dr. & Regn. No. with Stamp)
डाक्टर का नाम व हस्ताक्षर व मुद्रा

(Name, Designation & Stamp of Authorized Signatory
on behalf of Hospital)

समय : ३ घंटा
अधिकारी : अधिकारी

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION

अनुचित उपयोग हेतु

SIGNATURE of TRUSTEE 1
[Signature]

Safarzal

SIGNATURE of TRUSTEE 2
 नामी हस्ताक्षर 2

10/28