

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE (Healthcare)		(Healthcare) (स्वास्थ्य देखभाल)		 Koshika foundation Building block of life.	
APPLICATION No. : 14/1210/2701		APPLICATION DATE : 24/12/2019			
NAME of APPLICANT : SHAMSHER KHAN		AGE-YEARS आयु-वर्ष	SEX लिंग		
FATHER'S/SPOUSE'S NAME : IBRAHIM KHAN		59	M		
PRESENT RESIDENCE ADDRESS : 16, SAVANBHAI 1ST LANE, TILAK NAGAR, SOUTH 29					
PERMANENT RESIDENCE ADDRESS : AS ABOVE					
OCCUPATION : LABOURER		MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)			
TOTAL ANNUAL INCOME : RS 1800 X 12 = 21600		(Attach Proof of Income)			
PAN No. : [Blank]		Yes / No			
ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable):		Yes / No			
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 अर्हक के साथ सम्बन्ध	
1.	SHAMSHER KHAN	59	M	SELF	
2.	ASHLA KHAN	21	M	SON	
3.	MUGDADAR KHAN	32	M	SON	
BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable)					
BPL Card (Attach Card Copy)		EWS Certificate (Attach Certificate Copy)		Ration Card (Attach Copy)	
गरीबी रेषा के नीचे आय का प्रमाण पत्र		अल्प आय वर्ग प्रमाण पत्र		उपभोग्य कार्ड	
(प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें)		(प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें)		(प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें)	
Any Other Basis/Proof					
अन्य कोई सबूत					
"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE:					
सहायता हेतु किसे मने निम्न 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 (SLIC + 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		AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILED		
	अन्य स्रोत का नाम		एक ही हेतु सहायता राशि		

DECLARATION by APPLICANT: **অবেদক দ্বারা ঘোষণা করা:**

- 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 कबल यह कह रहा हूँ कि इस प्रश्न में दिये गये सभी विवरण मेरी जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई भ्रमण एवं कथन असत्य पाया जाता है तो मेरी सहायता निरस्त की जा सकती है।
- 2) श्री द्वारा जो सहायता प्राप्त "कौशल विकास योजना", से ली जा रही है, उसका उपयोग वही उद्देश्य की पूर्ति के लिये किया जाएगा, जो इस प्रश्न में पत्र गया है।
- 3) मैं पुष्टि करता हूँ कि जिस सहायता हेतु यह प्रार्थना की गई है, उस प्राप्ति का व्यक्तिक या समस्त हिस्सा किसी अन्य संगठन/विशेषज्ञ/कोषाद कमर्सी से न ले लिया है और न ही परिचय में रखा।

AGREEMENT by APPLICANT (spouse DO NOT)

- 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 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 का उत्तर हाइलाइट या अंगूठे की छाप लगाकर, मैं (अर्पितकर्ता) अपने छात्रों को मुद्रित भाषा में एवं "कोशिका फाउंडेशन और उसके ट्रस्टियों" को अधिभूत करता हूँ कि वे मेरा नाम, फोटो और मेरे विवरण इस प्रश्न में भरेंगे है, इसे "कोशिका" एल्यूमनाले, रज, मासिक या दूसरे उत्प्रेषण से जुड़ी गतिविधियों और उपचारों के लिए किसी भी प्रकार सम्पन्न से प्रकाशित करने के लिए अधिभूत है। मैं प्रश्न का विवरण मेरे छात्रों के पक्षों या बार में करने के लिए "कोशिका फाउंडेशन" या किसी अधिभूत है।
- 2) मैं (अर्पितकर्ता) इस बात से सहमत हूँ कि वे मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण को कि छात्रों के उत्प्रेषणों से प्रकट है मुझे स्वतः सहायता का इकट्ठा नहीं करता। इस सम्बंध में "कोशिका" एल्यूमनाले ट्रस्टियों का निर्णय अंतिम और बाध्यकारी होगा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION :

अनुसंधान के माध्यम से अंग्रेजी का निष्पत्ति



AGREEMENT by HOSPITAL (हॉस्पिटल द्वारा स्वीकृति)

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.

इससे अधिकतर इसका मतलब है कि "अंधविश्वास काटने का" विधि प्रकाश हो चुका है, जिसे हम (हमारे) निम्न प्रकाश से ज्ञान व समझ करते हैं।

- 1) यह कि वे तो सर्वजन और वे ही सर्वजन में विविध साक्षरता किसी भी सामग्री संस्था या किसी अन्य संकेत से उच्च लेखनीयता से लेने या ले रहे हैं, जैसे कि अपने "अधिकांश छात्र-संस्था" से विपरीत-विपरीत उच्च के समकक्ष में "अधिकांश छात्र-संस्था" द्वारा गहरा हेतु कि है। यह "अधिकांश छात्र-संस्था" द्वारा साक्षरता विविध अधिकांश/सकल हेतु समुदाय को क्या उच्च है तो अत्यंत किसी अन्य भी सामग्री संस्था या किसी अन्य समुदाय से साक्षरता लेने का अधिकांश सुनिश्चित उच्च है। इस धृष्टि में स्पष्ट कहा जाय है कि आमतौर पर गहरा उच्च लेखनीयता हेतु किसी भी सामग्री संस्था या किसी अन्य समुदाय से नहीं लेने-लेते।
2. "अधिकांश छात्र-संस्था" से लेने या साक्षरता संकेत विविध प्रकृति को है। ऐसी पर हमसल द्वारा वे यह साक्षरता या किसी गरी उच्चता/प्रक्रिया का सुचारु ऐसी एवं हमसल के बीच का विचार है और "अधिकांश छात्र-संस्था" द्वारा किसी प्रकार का कोई उच्चता को है। इसीलिए हमसल में ऐसी के उच्चता सुनिश्चित और अपने अपने को साथ विपरीत ऐसी एवं हमसल को ऐसी और "अधिकांश" को कोई सुनिश्चित या विपरीत इस समकक्ष में नहीं होती।

RECOMMENDED FOR ACCEPTENCE

स्थीकृतौ चो शिष्य संस्तुति

Date of Surgery ऑपरेशन की तारीख 24/12/2019	(Name of Dr. & Regn. No. with Stamp) डाक्टर का नाम व हस्ताक्षर व मुद्रा	(Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory on behalf of Hospital) नाम व पद हस्पताल अधिकृत अधिकारी
FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION अन्तरिक उपयोग हेतु		
SIGNATURE of TRUSTEE 1 न्यासी हस्ताक्षर 1		SIGNATURE of TRUSTEE 2 न्यासी हस्ताक्षर 2
		