

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE (Healthcare)		Koshika foundation Building Block of life.	
APPLICATION No.: K/0120/3037 आवेदन संख्या:		APPLICATION DATE: 4/1/2020 आवेदन तिथि	
NAME of APPLICANT: MD ISHTAYAK KHAN आवेदक का नाम		AGE-YEARS आयु-वर्ष 36	SEX लिंग M
FATHER/SPOUSE'S NAME: MD INDAG KHAN पिता/पत्नी का नाम			
PRESENT RESIDENCE ADDRESS वर्तमान आवासीय पता PAKHURAI, RAIPURHAT, AKBARPUR, NAWADA, SIHAR 805126.			
PERMANENT RESIDENCE ADDRESS: स्थायी आवासीय पता — AS ABOVE —			
OCCUPATION: LABOURER व्यवसाय		MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)	
TOTAL ANNUAL INCOME: RS 1700 x 12 = 20400/- कुल वार्षिक आय		(Attach Proof of Income) (आय का प्रमाण संलग्न करें)	
PAN No. स्थान खाली छोड़ें			
ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable): क्या आप आय कर दाखल हैं? (जो सत्य हो उस पर तिकी का निशान लगाएं)			
FAMILY DETAILS परिवार विवरण			
Sr. No. क्रम संख्या	Name of Family Member परिवार के सदस्यों का नाम	Age (Years) उम्र (वर्ष)	Gender लिंग
1.	MD ISHTAYAK KHAN	36	M
2.	MD INDAG KHAN	73	M
Relation with Applicant आवेदक से संबंध			
SELF FATHER			
BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable) सहायता के लिए विधि आधार			
EPL Card (Attach Card Copy) गरीबी रेशा के पीछे 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) रसदोसा कार्ड (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें)	Any Other Basis/Proof अन्य कोई प्रमाण
"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE: सहायता हेतु किसे क्या विधि 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 (STRETCH)		
ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES इस उद्देश्य के हेतु कोई अन्य सहायता किसी अन्य स्रोत से प्राप्त हुई है?			
Sr. No. क्रम संख्या	NAME of OTHER SOURCE अन्य स्रोत का नाम	AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILED ही गई सहायता राशि	

DECLARATION by APPLICANT: **अभिनेता द्वारा अभिज्ञात 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 यहाँ पर कबल यह कह रहा हूँ कि इस प्रकरण में दिए गये सभी विवरण मेरी जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई विवरण एवं/अथवा आख्या गलत पाया जाता है तो मेरी आशा/प्रार्थना की जा सकती है।
- 2) मैं यहाँ पर कबल यही "उद्देश्य" कह रहा हूँ, जिसके लिए मैं इसकी सहायता/सहायता की पूर्ण/पूर्णतः आवश्यकता/आवश्यकता का अनुरोध कर रहा हूँ।
- 3) मैं यहाँ पर कबल यह कह रहा हूँ कि मैं इस प्रकरण की पूर्ण/पूर्णतः आवश्यकता/आवश्यकता के लिए किसी भी अन्य स्रोत/रोजगार/बीमा कंपनी से इस प्रकरण के लिए/के लिए किसी भी प्रकार की सहायता/सहायता नहीं ले रहा हूँ/ले रहा हूँ।

AGREEMENT by APPLICANT (attach DU 500)

- 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/print/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 पर अपने हस्ताक्षर या अंगूठे की छाप लगाकर, मैं (अर्शोधक) अपनी जानकारी को सुविधा है एवं "कोशिका फाउंडेशन और उसके स्टाफ" को अधिकृत करता है कि वे मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण इस प्रश्न में प्रोत्ति है, उसे "कोशिका" द्वारा प्रकाशित, छपा, या अन्य किसी माध्यम से मुझे प्रशिक्षण से मुझे प्रशिक्षणियों और उपस्थितियों के लिए किसी भी प्रकार का उपयोग या प्रकाशित करने के लिए अधिकृत है। मेरे प्रश्न का विवरण मेरे हस्ताक्षर के पत्रों पर मेरे करने के लिए "कोशिका फाउंडेशन" से प्रकाशित अधिकृत है।
- 2) मैं (अर्शोधक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण को कि प्रकाशित के उपरान्त से प्रशिक्षण के लिए है मुझे प्रकाशित या प्रकाशित नहीं करता। इस मामले में "कोशिका" द्वारा प्रकाशित अधिकृत का निर्णय अंतिम और स्वीकार्य होगा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION

अपेक्षा के समान ही है।



AGREEMENT by HOSPITAL (FURNISHING YOU WITH)

By affixing hereunder, signature of our Authorized Signatory for recommending this case/patient for financial assistance from Koshika Foundation, we (Hospitals) 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 अतिरिक्त, इलायती की ओर से समारोह/पेनी को "सोशियल साइबोरींग" से निषिद्ध बताया है। रिपोर्ट की खाली है, जिसे इस (इलायती) रिपोर्ट प्रकाश से मान्य व सही माना जाये है।

- 1) यह कि न तो कोडेशन और न ही एडिशन सामान्य किसी भी साक्षरों संयोग या किसी अन्य सबसे से उच्च ऐंटी-पाथोस में लेने या ले रहे हैं, जैसे कि इनमें "कोडिफा काउन्टडाउन" से डिफरेंशिएल/डिफरेंस उच्च के सामन्य में "कोडिफा काउन्टडाउन" द्वारा गहरा हेतु कि है। यदि "कोडिफा काउन्टडाउन" द्वारा सामान्य विविध अतिरिक्त/अपवाद हेतु समुदाय नहीं किया जाता है तो आपकात किसी अन्य और साक्षरों कोष या किसी अन्य समुदाय के सामान्य लेने का अतिरिक्त सुनिश्चित करता है। इस पृष्ठ में अन्य कहा जाता है कि आपकात विविध गहरा उच्च ऐंटी-पाथोस हेतु किसी भी साक्षरों संयोग या किसी अन्य सामन्य से नहीं लेना/लेनी।
2. "कोडिफा काउन्टडाउन" के ले रहे सामान्य कोषत विविध प्रवृत्ति की है। ऐंटी या इनकात द्वारा ही ग्रा सामन्य या विने गरी अपवाद/अतिरिक्त का भुवन ऐंटी एवं इनकात के बीच का विषय है और "कोडिफा काउन्टडाउन" द्वारा किसी प्रकार का कोई दखन नहीं है। इसलिये इनकात में ऐंटी के इनकात प्रमुख और अपने अपने की सारी विभिन्न ऐंटी एवं इनकात की ऐंटी और "कोडिफा" की ऐंटी अतिरिक्त या डिफरेंस/ऐंटी इस सामने में नहीं होती।

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE

अर्थशास्त्री-के लिए संभवति

Date of Surgery अर्पण की तारीख 4/1/2020	Dr. Nishant Singh MBBS, DNB Regn. No. 1083729 (Name of Dr. & Regn. No. with Stamp) डॉक्टर का नाम से हस्ताक्षर से उचित है	Shikhar Singh (Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory on behalf of Hospital) नाम से हर हस्ताक्षर अधिकृत अधिकारी
---	--	---

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION आन्तरिक उपयोग हेतु

SIGNATURE of TRUSTEE 1 श्री श्री १	SIGNATURE of TRUSTEE 2 श्री श्री २
	