

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE (Healthcare)		(स्वास्थ्य देखभाल)	
APPLICATION No. : 3/0518/101 (579/18)		APPLICATION DATE : 29/5/18	
NAME of APPLICANT : Mrs. PATKUMARI		AGE-YEARS : 60	
FATHER'S/SPOUSE'S NAME : Late Veerpal Singh		SEX : F	
PRESENT RESIDENCE ADDRESS : 138, Hosi Nagar Ashram New Delhi			
PERMANENT RESIDENCE ADDRESS : As Above			
OCCUPATION : widow		MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)	
TOTAL ANNUAL INCOME : -		(Attach Proof of Income)	
PAN No. : -			
ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable): Yes / No			
FAMILY DETAILS			
Sr. No.	Name of Family Member	Age (Years)	Gender
1	Raj Kumar	45	M
BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable)			
BPL Card	EWS Certificate	Ration Card	Any Other Basis/Proof
"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE:			
Medical Reports/Prescriptions Attached			
Surf. LE Cataract			
Surf. LE Phaco + IOL			
ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES			
Sr. No.	NAME of OTHER SOURCE	AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILED	
NIL			

DECLARATION by APPLICANT: आरंभक 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 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) मेरी दृढ़ता से अपेक्षा होती है कि "व्यक्तिगत फायदे" के लिए जो राशि है, इसका उपयोग इसी उद्देश्य की पूर्ति के लिये किया जाएगा, जो इस प्रारूप में बताया गया है।
- 3) मैं यहाँ कहता हूँ कि मैं किसी सहायक से न तो प्रत्यक्ष और न ही अप्रत्यक्ष रूप से कोई भी राशि प्राप्त करूँगा, जिससे मैं इस राशि के लिये अपेक्षा की राशि के बराबर की राशि प्राप्त कर सकूँ।

AGREEMENT by APPLICANT (Signature: _____)

- 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 ञ्च पर अरने दलतर व अरने की लण ललकर, मै (अरनेक) अरने सलरत की दुषट करल हूँ एवँ "कोशिका फाउंडेशन और उसके न्यासीयों" को अधीकृत करल हूँ कि वेग नाम, पल, फोटो और वो किवरण इस ञ्च में प्रोषल है, उसे "कोशिका" एक्क न्यासी, दन, चनकनका दुखे उदरेस से जुडी गतिविधियों और उपलब्धियों के लिखे मिली थी ज़ार सल्लन से प्रललित करने के लिए अधीकृत है। मेरे ञ्च का किवरण मेरी इलाज के पहले या बाद से करने के लिए "कोशिका फाउंडेशन" व न्यासी अधीकृत है।
- 2) मै (अरनेक) इस खल से सहमत हूँ कि वेग नाम, पल, फोटो और किवरण को कि सहायता के उदरेस से प्रेषित है मुझे स्वतः सहायता का हकदार नहीं करता। इस सम्बंध में "कोशिका" एक्क उसके न्यासीयों का निर्णय अंतीम और अपरकार्य रहेगा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION:

अपेक्षित जै हस्ताक्षर या अंगुठी का निशान

By Kenneth

AGREEMENT by HOSPITAL (HOSPITAL USE ONLY)

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 अधिकार, हस्ताक्षरों की ओर से मामलों/पैरों की "बोशिश फाउन्डेशन" में जितनी स्थापित हो रही है, जिसे हम (हस्ताक्षर) निम्न प्रकार से मान्य व स्वीकार करते हैं।

- 1) यह कि न तो संविधान और न ही अधिनियम में विहित सहायक किसी भी सरकारों संस्था या किसी अन्य संकेत से उन्हा लेगी/संकेतों में लेगी या ले रहे हैं, जैसे कि हमने "कोशिका पाठशाला" से निपटारा/विमर्श उन्हा के सम्बंध में "कोशिका पाठशाला" द्वारा गहरा हेतु कि है। यदि "कोशिका पाठशाला" द्वारा सहायक विहित अधिनियम/कानून हेतु गन्तु नही किया जाता है तो सम्भवत किसी अन्य भी सरकारों संस्था या किसी अन्य संस्था/संस्था में सहायक लेने का अधिकार सुरक्षित रहता है। इस पूर्व में स्पष्ट कहा गया है कि सम्भवत द्वितीय कदम उन्हा लेगी/संकेतों हेतु किसी भी सरकारों संस्था या किसी अन्य संस्था से नही लेगी/संकेतों।
2. "कोशिका पाठशाला" से ही यह सहायक संकेत विहित प्रकृति को है। लेगी या सम्भवत द्वारा ही यह सहायक या किसी भी व्यवस्था/संस्था का चुनाव लेगी एवं सम्भवत के बीच का विषय है और "कोशिका पाठशाला" द्वारा किसी प्रकार का कोई दायर नही है। इसलिए सम्भवत में लेगी के द्वारा सुरक्षा और जाने जाने को सही विमर्शों लेगी एवं सम्भवत को लेगी और "कोशिका" को कोई अधिनियम या विमर्श/लेगी इस मामले में नही लेगी।

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE

स्वीकृती के लिए संस्तुति

Date of Surgery
ऑपरेशन की तारीख

Dr. Shubha Mehta
DMC-64798

Dr. V. P. Thakral

Medical Superintendent & Stamp of Authorized Signatory
SHROFF EYE CENTRE (on behalf of Hospital)
A-9, Kailash Colony
New Delhi 110 048

29.5-18

for 925

Signature (Dr. & Regd. No. with Stamp)
डाक्टर का नाम व हस्ताक्षर व तब. नं.

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION

अन्वयिक उपयोग हेतु

SIGNATURE of TRUSTEE 1
न्यासी हस्ताक्षर ।

SIGNATURE of TRUSTEE 2
न्यासी हस्ताक्षर 2

Supernatural

Rich