

## APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE

सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)

(स्वास्थ्य देखभाल)



Koshika  
foundation  
Building block of life

APPLICATION No.: 5/0518/065 (407/18) APPLICATION DATE: 5/5/18  
आवेदन संख्या: आवेदन तिथि

NAME of APPLICANT: Shamim AGE-YEARS आयु वर्ष SEX लिंग  
आवेदक का नाम 61 F

FATHER'S/SPOUSE'S NAME: Late Babu Khan  
पिता/हस्ता का नाम

PRESENT RESIDENCE ADDRESS वर्तमान आवासीय पता

101, Shaheen Bagh, Okhla New Delhi

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS स्थायी आवासीय पता

As Above

OCCUPATION: Housewife

MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)

TOTAL ANNUAL INCOME: Rs. 85,000/- (Family Income)

(Attach Proof of Income)  
(आप का सक्षय सातान)

PAN No. क्याई सखत संख्या

ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable):  
क्या आप आय कर रत है (नो मान्य हो उर पर सखे का नितान सखये)Yes (No)  
हां / नो

## FAMILY DETAILS परिवार कितरण

| Sr. No.<br>क्रम संख्या | Name of Family Member<br>परिवार के सदस्यों का नाम | Age (Years)<br>उम्र (वर्ष) | Gender<br>लिंग | Relation with Applicant<br>आवेदक के साथ सम्बन्ध |
|------------------------|---------------------------------------------------|----------------------------|----------------|-------------------------------------------------|
| 01                     | Ayub                                              | 42                         | M              | Son                                             |
|                        |                                                   |                            |                |                                                 |
|                        |                                                   |                            |                |                                                 |
|                        |                                                   |                            |                |                                                 |
|                        |                                                   |                            |                |                                                 |
|                        |                                                   |                            |                |                                                 |
|                        |                                                   |                            |                |                                                 |
|                        |                                                   |                            |                |                                                 |

BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable)  
सहायता के लिये निमित्त आधार

|                                                                                                   |                                                                                                             |                                                                                   |                                            |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------|
| BPL Card<br>(Attach Card Copy)<br>एरीको रेखा के नीचे प्रमाण पर<br>(प्रमाण पर की सख प्रति सलग करो) | EWS Certificate<br>(Attach Certificate Copy)<br>अल्प आय वर्ग प्रमाण पत्र<br>(प्रमाण पर की सख प्रति सलग करो) | Ration Card<br>(Attach Copy)<br>उपपेक्षा कार्ड<br>(प्रमाण पर की सख प्रति सलग करो) | Any Other<br>Basis/Proof<br>अन्य कोई साक्ष |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------|

"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE:  
सहायता हेतु किये गये निमित्त का उद्देश्य:

| Sr. No.<br>क्रम संख्या | Medical Reports/Prescriptions Attached<br>अस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई प्रतिवेदन सूची सलग |
|------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------|
|                        | Diagn: LE Contract                                                                        |
|                        | Surg: LE SICS + IOL                                                                       |
|                        |                                                                                           |
|                        |                                                                                           |
|                        |                                                                                           |
|                        |                                                                                           |
|                        |                                                                                           |
|                        |                                                                                           |
|                        |                                                                                           |

ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES  
इस उद्देश्य के हेतु कोई अन्य सहायता किसी अन्य स्रोत से लिये गया है/

| Sr. No.<br>क्रम संख्या | NAME of OTHER SOURCE<br>अन्य स्रोत का नाम | AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILED<br>लगे गई सहायता राशि |
|------------------------|-------------------------------------------|----------------------------------------------------------|
|                        |                                           |                                                          |
|                        |                                           |                                                          |
|                        |                                           |                                                          |
|                        |                                           |                                                          |

**DECLARATION by APPLICANT: आवेदक द्वारा घोषणा कर:**

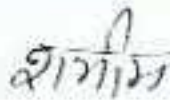
- 1) I hereby confirm that all details in this Form are True to the best of my knowledge. Any false statement will render my Application & ongoing assistance, if any, liable for rejection/cancellation.
- 2) I solemnly confirm that assistance, if received from Koshika Foundation, will be used only for 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) मैं घोषणा कर रहा हूँ कि "कोशिका फाउंडेशन", से जो सहायता मिलेगी, उसे केवल उद्देश्य के पूर्ण करने के लिए ही प्रयोग किया जाएगा, जो इस प्रारूप में बताया गया है।
- 3) मैं पुष्टि करता हूँ कि बिना सहायता हेतु यह प्रक्रिया को नहीं है, उस राशि का अधिक या कमल किसी अन्य स्रोत/नियोक्ता/बीमा कम्पनी 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 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 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 फाउंडेशन और उसके न्याताओं" को अधिकृत करता हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और जो विवरण इस प्रारूप में प्रेषित है, उसे "कोशिका" समूह न्याता, ट्रस्ट, वाचनालय द्वारा इन्टरनेट से मुद्रित पत्रिकाओं और उपलब्धियों के लिए किसी भी प्रकार का प्रचार करने के लिए उपयोग करेगा। मेरी प्रारूप का विवरण मेरी इच्छा के बिना या बाद में करने के लिए "कोशिका फाउंडेशन" व न्याता अधिकृत है।
- 2) मैं (आवेदक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण जो कि सहायता के उद्देश्यों से प्रेषित है मुझे स्वतः सहायता का इन्कार नहीं करता। इस सम्बंध में "कोशिका" समूह उसकी न्याताओं का निर्णय अंतिम और अप्रत्यक्ष होगा।

**APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION :**

आवेदक के हस्ताक्षर या बाएं अंगूठे का निशान


**AGREEMENT by HOSPITAL (हस्पताल द्वारा करार)**

- 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, हस्ताक्षर की ओर से प्राप्त/पेश की "कोशिका फाउंडेशन" से वित्तिय 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 वित्तिय सहायता किसी और सहायता संगठन या किसी अन्य स्रोत से उम्मीद की जायेगी, जो कि हमने "कोशिका फाउंडेशन" से सिफारिश/निर्णय उम्मीद के सम्बंध में "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा प्राप्त किया है। यदि "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा सहायता प्रदान की जाती है तो सहायता निम्नी अन्य और सहायता संगठन या किसी अन्य स्रोत/नियोक्ता से प्राप्त करने का अधिकार सुरक्षित रखता है। इस पुष्टि में स्पष्ट कहा जाता है कि सहायता प्रदान करने के बिना सहायता हेतु निम्नी और सहायता संगठन या किसी अन्य स्रोत से नहीं ली जायेगी।
2. "कोशिका फाउंडेशन" से जो सहायता संगठन वित्तिय प्रकृति की है। हमें पर हस्पताल द्वारा दी गई सहायता या किये गये उपचार/प्रक्रिया का चुनाव पूरी एवं हस्पताल की टीम का विचार है और "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई दबाव नहीं है। इसलिये हस्पताल में रोगी के इलाज सुझाव और अन्य जाने की सारी जिम्मेदारी होती एवं हस्पताल की होती और "कोशिका" को कोई भूमिका या जिम्मेदारी इस सम्बंध में नहीं होगी।

**RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE**

स्वीकृति के लिए संस्तुति

Date of Surgery  
ऑपरेशन की तारीख

5/5/18

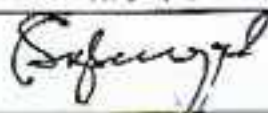
Dr. Shubha Mehta  
(Name of Dr. & Regn. No. with Stamp)  
हस्ताक्षर एवं प्रमाणित व छाप

Dr. V.P. Thakral  
Medical Superintendent & Stamp of Authorised Signatory  
SHROFF EYE CENTRE (on behalf of Hospital)  
A-9, Kailash Colony, New Delhi-110048  
अधिकृत अधिकारी

**FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION**

SIGNATURE of TRUSTEE 1

न्याता हस्ताक्षर 1



SIGNATURE of TRUSTEE 2

न्याता हस्ताक्षर 2

