

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE (Healthcare)		(स्वास्थ्य देखभाल)					
APPLICATION No. : 510518/076 (48218)		APPLICATION DATE : 11/5/18					
NAME of APPLICANT : MAY MAYA		AGE-YEARS आयु-वर्ष : 64	SEX लिंग : F				
FATHER'S/SPOUSE'S NAME : Late Omprakash							
PRESENT RESIDENCE ADDRESS : C-343, Dakshinapuri, New Delhi							
PERMANENT RESIDENCE ADDRESS : As Above							
OCCUPATION : Housewife		MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)					
TOTAL ANNUAL INCOME : Rs. 90,000/- (Family Income)		(Attach Proof of Income)					
PAN No. : [Blank]							
ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable): Yes (हाँ) / No (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 सम्बन्ध			
1	Ravindra	42	M	Son			
BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable)							
BPL Card (Attach Card Copy)		EWS Certificate (Attach Certificate Copy)		Ration Card (Attach Copy)		Any Other Basis/Proof	
[Blank]		[Blank]		[Blank]		[Blank]	
"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE:							
Medical Reports/Prescriptions Attached							
Diag:- RE Cataract							
Sur:- RE Phaco + IOL							
ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES							
NAME of OTHER SOURCE							
AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILED							
NIL							

DECLARATION by APPLICANT: आवेदक 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 प्रपत्र में दिये गये सभी विवरण मेरे ज्ञानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई विवरण एवं कथन असत्य पाया जाये तो मेरे सहायक निवेदन को यासकत है।
- 2) मैं दृढ़ता से घोषणा करती हूँ कि "कोशिका फाउन्डेशन", से जो भी मदद मिले, उसका उपयोग इसी उद्देश्य के पूर्ण से दिने किया जायेगा, जो इस प्रपत्र में बताया गया है।
- 3) मैं यहाँ पर घोषणा करती हूँ कि भविष्य में मैं यह राशि या अंशिक या सम्पूर्ण राशि किसी अन्य स्रोत/नियोक्ता/बीमा कम्पनी से न ले लिये हूँ 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 its Trustees to use/publish/post-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 its 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 प्रपत्र पर अपने हस्ताक्षर या अंगुष्ठ की छाप लगाकर, मैं (आवेदक) अपनी छापों को धुनि करता हूँ एवं "कोशिका फाउन्डेशन और इसके ट्रस्टियों" को अधिकृत करता हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और जो विवरण इस प्रपत्र में बताया है, उसे "कोशिका" एम्प्लूयर्स, दान, प्रचारण द्वाारा अथवा से जुड़ी गतिविधियों और उपलब्धियों के लिये किसी भी प्रकार माध्यम से प्रकाश करने के लिए अधिकृत है। मेरे प्रपत्र का विवरण मेरे हस्ताक्षर के पक्ष में या बाद में करने के लिए "कोशिका फाउन्डेशन" व ट्रस्टी अधिकृत है।

2) मैं (आवेदक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण को कि सहायक के अर्थपूर्ण से प्रार्थित है मुझे स्वतः सहायक का इस्तेमाल नहीं करता। इस सम्बंध में "कोशिका" एम्प्लूयर्स ट्रस्टियों का निर्णय अंतिम और अपरिवर्तनीय होगा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION :

आवेदक के हस्ताक्षर या अंगुष्ठ का निशान

11-5-18

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 its 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 & its outcome & safety of the patient, and Koshika Foundation will have no role or responsibility in the matter.

हमारे अधिकृत, हस्ताक्षर की ओर से मामले/रोगी को "कोशिका फाउन्डेशन" 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 और सहायता संगठन या किसी अन्य स्रोत से प्राप्त होगी, जैसे कि हमने "कोशिका फाउन्डेशन" से सिफारिश/निवेदन उठा के सम्बंध में "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा मदद हेतु किया है। यदि "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा सहायता निवेदन अस्वीकार/सहायता हेतु मन्जूर नहीं किया जाता है तो हस्पताल किसी अन्य स्रोत से सहायता लेने का अधिकार सुरक्षित रखता है। इस धुनि में स्पष्ट बना जाता है कि अस्पताल विशेष मदद प्राप्त होगी/प्राप्त होगी और "कोशिका" की कोई भी सहायता या निवेदन इस मामले में नहीं होगा।

2) "कोशिका फाउन्डेशन" से जो भी सहायता केवल वित्तीय प्रकृति की है। रोगी पर हस्पताल द्वारा की गई सलाह या किये गये उपचार/प्रक्रिया का चुनाव रोगी एवं हस्पताल के बीच का विषय है और "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई दबाव नहीं है। इसलिये हस्पताल में रोगी के इलाज सुरक्षा और अन्य बातों को सही विचारों से रोगी एवं हस्पताल की रोगी और "कोशिका" की कोई भी सहायता या निवेदन इस मामले में नहीं होगा।

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE

स्वीकृति के लिए संस्तुति

Date of Surgery

अपरेशन की तारीख

11-5-18

Dr. Shubha Mehta

DMC 64/98

Dr. Shubha Mehta

Dr. Shubha Mehta

Dr. Shubha Mehta

Dr. Shubha Mehta

Dr. Shubha Mehta

Dr. Shubha Mehta

Dr. Shubha Mehta

Dr. Shubha Mehta

Dr. Shubha Mehta

Dr. Shubha Mehta

Dr. Shubha Mehta

Dr. Shubha Mehta

Dr. Shubha Mehta

Dr. Shubha Mehta

Dr. Shubha Mehta

Dr. V.P. Thakral

Medical Superintendent

Medical Superintendent

Medical Superintendent

Medical Superintendent

Medical Superintendent

Medical Superintendent

Medical Superintendent

Medical Superintendent

Medical Superintendent

Medical Superintendent

Medical Superintendent

Medical Superintendent

Medical Superintendent

Medical Superintendent

Medical Superintendent

Medical Superintendent

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION

SIGNATURE of TRUSTEE 1

न्यासी हस्ताक्षर 1

Safarpur

SIGNATURE of TRUSTEE 2

न्यासी हस्ताक्षर 2

Dr. V.P. Thakral