

**APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE**  
सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)  
(स्वास्थ्य देखभाल)



APPLICATION No.: 5/0818/192 (796/18) APPLICATION DATE: 7/8/18  
आवेदन संख्या: आवेदन तिथि

NAME of APPLICANT: Veelawati AGE-YEARS आयु-वर्ष 72 SEX लिंग F  
आवेदक का नाम

FATHER'S/SPOUSE'S NAME: late Manmohan  
पिता/सुपुत्र का नाम

PRESENT RESIDENCE ADDRESS: 13, Aliganj Katla Mubarakpur New Delhi  
वर्तमान आवासीय पता

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS: As Above  
स्थाय आवासीय पता



OCCUPATION: Housewife MARRIED (निर्वाह) / UNMARRIED (अनिर्वाह)

TOTAL ANNUAL INCOME: 1.20 Lacs (Family Income) (Attach Proof of Income)  
कुल वार्षिक आय (आय का साक्ष्य संलग्न)

PAN No. सवाई खाता संख्या: -  
ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable): Yes (No)  
क्या आप आय कर दाता हैं (जो सत्य हो उस पर सही का निशान लगायें) हाँ / 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 सम्बंध
1	Rajesh	25	M	Son

BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable) सहायता के लिये निर्दिष्ट आधार			
BPL Card (Attach Card Copy) गरीबी रेखा के नीचे 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) उपभोग्यता कार्ड (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें)	Any Other Basis/Proof अन्य कोई साक्ष्य

"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE:  
सहायता हेतु दिने किने का उद्देश्य:

Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached अस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई प्रतिवेदन सूची संलग्न
	Diag:- RE Pectorant
	Sus:- RE Fluconazol

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 अन्य स्रोत का नाम	AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILD इस वर्ष सहायता राशि

NIL

**DECLARATION by APPLICANT: आवेदक द्वारा घोषणा 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 घोषणा करता हूँ कि इस प्रपत्र में दिये गये सभी विवरण मेरी जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई विवरण सत्य नहीं माना जाय तो मेरी सहायता निरस्त की जा सकती है।  
 2) मैं घोषणा करता हूँ कि "कोशिका फाउन्डेशन", से मिले हुए धन, उसका उपयोग उसी उद्देश्य के लिये किया जाएगा, जो इस प्रपत्र में बताया गया है।  
 3) मैं घोषणा करता हूँ कि मैं इस सहायता हेतु पत्र प्रेषित की गई है, उस उद्देश्य या अधिक या कमल किया बिना अन्य स्रोत/रोजगार/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 प्रपत्र पर अपने हस्ताक्षर या अंगूठे की छाप लगाकर, मैं (आवेदक) अपनी जानकारी की पुष्टि करता हूँ एवं "कोशिका फाउन्डेशन और उसके न्यायियों" को अधिकृत करता हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और जो विवरण इस प्रपत्र में बताया है, उसे "कोशिका" द्वारा नामों, पता, फोटो तथा उद्देश्य के जुड़ी गतिविधियों और उपलब्धियों के लिये किसी भी प्रकार सहायता से प्रशिक्षित करने के लिए अधिकृत है। मेरे प्रपत्र का निराकरण मेरे इच्छन के बिना या यह न करने के लिए "कोशिका फाउन्डेशन" व न्यायियों अधिकृत है।
- 2) मैं (आवेदक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण जो कि सहायता के उद्देश्यों से प्रशिक्षित है, मुझे सहायता का उपकरण नहीं बचता। इस सम्बंध में "कोशिका" द्वारा अपने न्यायियों का निर्णय अंतिम और स्वीकार्य होगा।

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

आवेदक के हस्ताक्षर या अंगूठे का निशान



Left Thumb impression

**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, हस्ताक्षरों की ओर से नाम/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 कोशिका और न ही भविष्य में वित्तीय सहायता किसी गैर सरकारी संगठन या किसी अन्य स्रोत से उम्मीद की जाती है, जैसे कि हमने "कोशिका फाउन्डेशन" से सिफारिश/सिफारिश उम्मीद के सम्बंध में "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा मदद हेतु कि है। यदि "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा सहायता बिना अधिकृत कराने हेतु मदद नहीं किया जाय तो हस्पताल किसी अन्य गैर सरकारी सहायता या किसी अन्य सहायता से सहायता लेने का अधिकार सुरक्षित रखता है। इस पत्र में स्पष्ट कहा जाय है कि हस्पताल द्वारा मदद उम्मीद/प्राप्त हेतु किसी गैर सरकारी संगठन या किसी अन्य सहायता से नहीं लेना/लेना।
- 2) "कोशिका फाउन्डेशन" से ली गई सहायता केवल वित्तीय प्रकृति की है। रोगी पर हस्पताल द्वारा की गई सहायता या बिना गये उपचार/प्रक्रिया का चुनाव रोगी एवं हस्पताल के बीच का निर्णय है और "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई दबाव नहीं है। अतः हस्पताल में रोगी के प्रदान सुझाव और जाने जाने की सारी जिम्मेदारियाँ रोगी एवं हस्पताल की होंगी और "कोशिका" को कोई भूमिका या जिम्मेदारियाँ इस सम्बंध में नहीं होंगी।

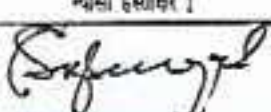
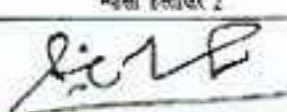
**RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE**

स्वीकृती के लिए संस्तुति

Date of Surgery अपेक्षित की तारीख  7/8/18	Dr. Shubha Mehta DMC-64798 Signature of Dr. & Regn. No. with Stamp डॉक्टर का नाम व हस्ताक्षर व रजि. नं.	Dr. V.P. Thakral Medical Superintendent Stamp of Authorised Signatory SHROFF EYE CENTRE [On behalf of Hospital] A-9, Kailash Colony New Delhi-110 048 हस्पताल अधिकृत अधिकारी
--	--	---

**FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION**

आन्तरिक उपयोग हेतु

SIGNATURE of TRUSTEE 1 न्यायी हस्ताक्षर 1  	SIGNATURE of TRUSTEE 2 न्यायी हस्ताक्षर 2  
---	--