

| APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE<br>(Healthcare)                                                                                       |                                                                                               |                                                                        |                | (स्वास्थ्य देखभाल)                                             |  |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------|----------------|----------------------------------------------------------------|--|
| सहायता हेतु आवेदन प्रारूप                                                                                                             |                                                                                               |                                                                        |                | Koshika<br>foundation<br><small>Building Block of life</small> |  |
| APPLICATION No.: S/1018/252- (1457/18)                                                                                                |                                                                                               | APPLICATION DATE: S/10/18                                              |                |                                                                |  |
| NAME of APPLICANT: Sudesh                                                                                                             |                                                                                               | AGE-YEARS: 62                                                          |                | SEX: F                                                         |  |
| FATHER'S/SPOUSE'S NAME: O.P. Arora                                                                                                    |                                                                                               |                                                                        |                |                                                                |  |
| PRESENT RESIDENCE ADDRESS: 34, Bhim Nagar 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. & Income Tax Assessee (Tick whichever is applicable):                                                                         |                                                                                               |                                                                        |                |                                                                |  |
| <input checked="" type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No<br>(हाँ / नहीं)                                                   |                                                                                               |                                                                        |                |                                                                |  |
| FAMILY DETAILS परिवार विवरण                                                                                                           |                                                                                               |                                                                        |                |                                                                |  |
| 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                |  |
| 1                                                                                                                                     | O.P. Arora                                                                                    | 65                                                                     | M              | Husband                                                        |  |
| 2                                                                                                                                     | Atul                                                                                          | 37                                                                     | M              | Son                                                            |  |
| BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable)<br>सहायता के लिये विवक्षित आधार                                        |                                                                                               |                                                                        |                |                                                                |  |
| <input checked="" type="checkbox"/> BPL Card<br>(गरीबी रेशा के नीचे प्रमाण पत्र)                                                      |                                                                                               | <input type="checkbox"/> EWS Certificate<br>(अल्प आय वर्ग प्रमाण पत्र) |                | <input type="checkbox"/> Ration Card<br>(रसयोजना कार्ड)        |  |
| <input type="checkbox"/> Any Other Basis/Proof<br>(अन्य कोई प्रमाण)                                                                   |                                                                                               |                                                                        |                |                                                                |  |
| "PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE:<br>सहायता हेतु निम्न कथे विवक्षित उद्देश्य:                                                      |                                                                                               |                                                                        |                |                                                                |  |
| Sr. No.<br>क्रम संख्या                                                                                                                | Medical Reports/Prescriptions Attached<br>अस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई प्रमाणपत्र सूची संलग्न |                                                                        |                |                                                                |  |
| 1                                                                                                                                     | Diag:- RE Cataract                                                                            |                                                                        |                |                                                                |  |
| 2                                                                                                                                     | Sur:- RE Phaco + IOL                                                                          |                                                                        |                |                                                                |  |
| ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES<br>इस उद्देश्य के हेतु कोई अन्य सहायता किसी अन्य स्रोत से लिया गया है? |                                                                                               |                                                                        |                |                                                                |  |
| Sr. No.<br>क्रम संख्या                                                                                                                | NAME of OTHER SOURCE<br>अन्य स्रोत का नाम                                                     | AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILED<br>ले गई सहायता राशि                |                |                                                                |  |
| NIL                                                                                                                                   |                                                                                               |                                                                        |                |                                                                |  |

**DECLARATION by APPLICANT: आवेदक द्वारा घोषणा करें;**

- 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 प्रकरण 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 करता हूँ कि सहायता यदि "कोशिका फाउन्डेशन" से ली जा रही है, उसका उपयोग उसी उद्देश्य की पूर्ति के लिये किया जाएगा, जो इस प्रकरण में माग गया है।
- 3) मैं पुष्टि करता हूँ कि मैं इस सहायता हेतु न तो भुगतान की रद्दी है, न ही भविष्य में भुगतान की रद्दी कर सकूँगा।

**AGREEMENT by APPLICANT (आवेदक द्वारा करण)**

1) By affixing my signature or thumb impression on this Form, I (Applicant) hereby agree & authorize 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 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 enable 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 प्रकरण पर अपने हस्ताक्षर या अंगूठे की छाप लगाकर, मैं (आवेदक) अपनी सहमति को पुष्टि करता हूँ एवं "कोशिका फाउन्डेशन और उसके न्यायियों" को अधिकृत करता हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और मेरे विवरण इस प्रकरण में प्रकाशित हैं, उसे "कोशिका" द्वारा अन्य न्यायियों, चर, कार्यक्रमों द्वारा उद्देश्य से जुड़ी गतिविधियों और उपलब्धियों के लिये किसी भी प्रसार माध्यम से प्रकाशित करने के लिये अधिकृत है। मेरी प्रकरण का निराकरण मेरी प्रकरण के पाने या कर में करने के लिये "कोशिका फाउन्डेशन" को न्यायियों अधिकृत है।

2) मैं (आवेदक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण को कि सहायता के उद्देश्यों से प्रकाशित है मुझे स्वतः सहायता का हकदार नहीं बनाता। इस सम्बंध में "कोशिका" द्वारा उसको न्यायियों का निर्णय अंतिम और अपरिवर्तनीय होगा।

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

आवेदक के हस्ताक्षर या अंगूठे का निशान

*Sudesh*

**AGREEMENT by HOSPITAL (हस्ताक्षर द्वारा करण)**

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 मान्यतापत्र को "कोशिका फाउन्डेशन" से वित्तीय सहायता हेतु सिफारिश की जाती है, जिसे हम (हस्पताल) निम्न प्रकार से मान्य व स्वीकार करते हैं।

1) वह कि न तो वर्तमान और न ही भविष्य में वित्तीय सहायता किसी और सहायता से मिलेगी किन्तु केवल कोशिका फाउन्डेशन से ही मिलेगी। यदि कोशिका फाउन्डेशन द्वारा सहायता नहीं दी जाती है, तो हमें स्वतः ही सहायता मिलनी पड़ेगी। इस पुष्टि में स्पष्ट कहा जाता है कि अस्पताल द्वारा सहायता के लिए कोशिका फाउन्डेशन से सहायता लेने का अधिकार सुरक्षित रहता है। इस पुष्टि में स्पष्ट कहा जाता है कि अस्पताल द्वारा सहायता के लिए कोशिका फाउन्डेशन से सहायता लेने का अधिकार सुरक्षित रहता है। इस पुष्टि में स्पष्ट कहा जाता है कि अस्पताल द्वारा सहायता के लिए कोशिका फाउन्डेशन से सहायता लेने का अधिकार सुरक्षित रहता है।

2) "कोशिका फाउन्डेशन" से लेने वाली 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। इसलिए हस्पताल में रोगी के इलाज सुचारु और जल्दी करने की सभी गतिविधियाँ रोगी एवं हस्पताल की होती हैं और "कोशिका" को कोई भूमिका या जिम्मेदारी इस सम्बंध में नहीं होती।

**RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE**

स्वीकृति के लिए संस्तुति

Date of Surgery  
ऑपरेशन की तारीख

5/10/18

*Dr. Shubha Mathur*  
DMC No. 04798  
(Name of 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  
A-9, Kallan Road, New Delhi-110002  
अधिकृत अधिकारी

**FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION**

SIGNATURE of TRUSTEE 1  
न्यासी हस्ताक्षर 1

*Safar*

SIGNATURE of TRUSTEE 2  
न्यासी हस्ताक्षर 2

*Dr. V.P. Thakral*