

| APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE<br>(Healthcare)                                                           |                                                                                                                     | (स्वास्थ्य देखभाल)                                                                                                                                                 |                                              |                                                 |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------|-------------------------------------------------|
| सहायता हेतु आवेदन प्रारूप                                                                                 |                                                                                                                     | <br><b>Koshika</b><br><b>foundation</b><br><small>Building block of life</small> |                                              |                                                 |
| APPLICATION No.: 5/10/18/254 (146/18)                                                                     |                                                                                                                     | APPLICATION DATE: 5/10/18                                                                                                                                          |                                              |                                                 |
| आवेदन संख्या:                                                                                             |                                                                                                                     | आवेदन तिथि                                                                                                                                                         |                                              |                                                 |
| NAME of APPLICANT: Musti                                                                                  |                                                                                                                     | AGE-YEARS आयु-वर्ष                                                                                                                                                 | SEX लिंग                                     |                                                 |
| आवेदक का नाम                                                                                              |                                                                                                                     | 60                                                                                                                                                                 | F                                            |                                                 |
| FATHER'S/SPOUSE'S NAME: Late Uday Ram                                                                     |                                                                                                                     |                                                                                                                                                                    |                                              |                                                 |
| पिता/पत्नी का नाम                                                                                         |                                                                                                                     |                                                                                                                                                                    |                                              |                                                 |
| PRESENT RESIDENCE ADDRESS: कॉमन आवासीय पता                                                                |                                                                                                                     |                                                                                                                                                                    |                                              |                                                 |
| H.No 149, St.No.-6 Rangam Vihar N. Delhi.                                                                 |                                                                                                                     |                                                                                                                                                                    |                                              |                                                 |
| PERMANENT RESIDENCE ADDRESS: स्थायी आवासीय पता                                                            |                                                                                                                     |                                                                                                                                                                    |                                              |                                                 |
| As Above                                                                                                  |                                                                                                                     |                                                                                                                                                                    |                                              |                                                 |
| OCCUPATION: Housewife                                                                                     |                                                                                                                     | MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)                                                                                                                           |                                              |                                                 |
| व्यवसाय                                                                                                   |                                                                                                                     |                                                                                                                                                                    |                                              |                                                 |
| TOTAL ANNUAL INCOME: NIL - Lives with Daughter                                                            |                                                                                                                     | (Attach Proof of Income)                                                                                                                                           |                                              |                                                 |
| कुल वार्षिक आय                                                                                            |                                                                                                                     | (आय का साक्ष्य संलग्न करें)                                                                                                                                        |                                              |                                                 |
| PAN No. नहीं रखते संलग्न करें                                                                             |                                                                                                                     |                                                                                                                                                                    |                                              |                                                 |
| ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable):                                            |                                                                                                                     | Yes (No)                                                                                                                                                           |                                              |                                                 |
| क्या आप आय कर दाता हैं (जो मान्य हो उस पर सही का निशान लगायें)                                            |                                                                                                                     | हां / 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)                                                                                                       | Yashita                                                                                                             | 26                                                                                                                                                                 | F                                            | Daughter                                        |
| (2)                                                                                                       | Hem Singh                                                                                                           | 30                                                                                                                                                                 | M                                            | Son in law                                      |
| BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable)                                            |                                                                                                                     |                                                                                                                                                                    |                                              |                                                 |
| सहायता के लिए विनियम आधार                                                                                 |                                                                                                                     |                                                                                                                                                                    |                                              |                                                 |
| BPL Card<br>(Attach Card Copy)<br>गरीबी रेश के साथ प्रमाण पत्र<br>(प्रमाण पत्र की छापी प्रति संलग्न करें) | EWS Certificate<br>(Attach Certificate Copy)<br>अल्प आय वर्ग प्रमाण पत्र<br>(प्रमाण पत्र की छापी प्रति संलग्न करें) | Ration Card<br>(Attach Copy)<br>उपभोगता कार्ड<br>(प्रमाण पत्र की छापी प्रति संलग्न करें)                                                                           | Any Other<br>Basis/Proof<br>अन्य कोई साक्ष्य |                                                 |
| "PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE:                                                                      |                                                                                                                     |                                                                                                                                                                    |                                              |                                                 |
| सहायता हेतु किये गये विनती का उद्देश्य:                                                                   |                                                                                                                     |                                                                                                                                                                    |                                              |                                                 |
| Sr. No.<br>क्रम संख्या                                                                                    | Medical Reports/Prescriptions Attached<br>अस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई प्रमाणपत्र सूची संलग्न                       |                                                                                                                                                                    |                                              |                                                 |
|                                                                                                           | Diagn: LF Cardiac                                                                                                   |                                                                                                                                                                    |                                              |                                                 |
|                                                                                                           | Surf: LF Pharmacol                                                                                                  |                                                                                                                                                                    |                                              |                                                 |
| ASSISTANCE BEING AVAILABLE 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 AVAILABLE<br>ली गई 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 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) मेरे द्वारा जो सहायता मांगी "कोशिका फाउन्डेशन", से हो जा रही है, उसका उपयोग उन्हीं उद्देश्यों की पूर्ति के लिये किया जाएगा, जो इस प्रकरण में भरा गया है।
- 3) मैं पुष्टि करता हूँ कि किस सहायता हेतु यह प्रार्थना की गई है, उस राशि का उद्देश्य या सहायता प्राप्त किसी अन्य प्रोवेंडोर/व्यक्ति/कंपनी से न हो सके है और न ही भविष्य में हो।

**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/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 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 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 अंगुली का निशान देकर (आवेदक) अपनी सहमति की पुष्टि करता हूँ एवं "कोशिका फाउन्डेशन और उसके त्रुस्टियों" को अधिकृत करता हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और मेरे विवरण इस प्रपत्र में घोषणा है, उसे "कोशिका" एम्बुलेंस, पत्र, पात्र/चित्र दूसरे उद्देश्यों से जुड़ी गतिविधियों और उपलब्धियों के लिये किसी भी प्रकार माध्यम से प्रसारित करने के लिए अधिकृत है। मेरे प्रपत्र का विवरण मेरे इलाज के पत्रों या चर में करने के लिए "कोशिका फाउन्डेशन" से जखीर अधिकृत है।

2) मैं (आवेदक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण जो कि सहायता के उद्देश्यों से प्रार्थित है मुझे तथा सहायता का इस्तेमाल नहीं करना। इस सम्बंध में "कोशिका" एम्बुलेंस जखीरों का निर्णय अंतिम और अप्रचलित रहेगा।

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

आवेदक के हस्ताक्षर या अंगुली का निशान

Multi Devi

**AGREEMENT by HOSPITAL (हस्ताक्षर 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 अधिपक्ष, हस्ताक्षर की ओर से प्राप्त/प्राप्त की "कोशिका फाउन्डेशन" से वित्तीय सहायता हेतु सिफारिश को स्वीकार है, जिसे हम (हस्पताल) निम्न प्रकार से मान्यता प्रदान करते हैं।

1) यह कि न तो वर्तमान और न ही भविष्य में वित्तीय सहायता किसी और सहायता संगठन या किसी अन्य स्त्रोत से उठा ली/प्राप्त में लेने या ले रहे हैं, जैसे कि हमने "कोशिका फाउन्डेशन" से सिफारिश/किसी अन्य के सम्बंध में "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा मदद मांगी कि है। यदि "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा सहायता किसी अंशिक राशि हेतु मंजूर की जायता है तो हस्पताल किसी अन्य और सहायता संगठन या किसी अन्य सहायता से सहायता लेने का अधिकार सुरक्षित रखता है। इस पुष्टि में स्पष्ट कहा जाता है कि अस्पताल द्वितीय मदद उठा ली/प्राप्त में हेतु किसी और सहायता संगठन या किसी अन्य संगठन से नहीं ले/प्राप्त होगी।

2. "कोशिका फाउन्डेशन" से लेई गई सहायता केवल वित्तीय प्रकृति की है। रोगी पर उपचार/उपचार की गई सहायता या किसी गैर उपचार/उपचार का चुनाव रोगी एवं हस्पताल के बीच का विषय है और "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई प्रभाव नहीं है। इसलिए हस्पताल से रोगी के इलाज सुधार और उनके जाने की सभी जिम्मेदारियाँ रोगी एवं हस्पताल की होंगी और "कोशिका" को कोई भूमिका या जिम्मेदारता इस मामले में नहीं होगी।

**RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE**

स्वीकृति के लिए संस्तुति

Date of Surgery  
ऑपरेशन की तारीख

05/10/18

Dr. Shubha Mahta  
MMC No. 84798  
Shroff Eye Centre  
Regn. No. with Stamp  
हस्ताक्षर का नाम व हस्ताक्षर व रजि. नं.

Dr. V.P. Thakral  
Medical Designation & Stamp of Authorised Signatory  
SHROFF EYE CENTRE  
A-9, Kailash Colony  
New Delhi-110 046  
हस्ताक्षर/हस्ताक्षर अधिकृत अधिकारी

**FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION**SIGNATURE of TRUSTEE 1  
न्यासी हस्ताक्षर 1

SIGNATURE of TRUSTEE 2  
न्यासी हस्ताक्षर 2