

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE (Healthcare)		(स्वास्थ्य देखभाल)		
APPLICATION No.: 5/1018/264 (1314/18)		APPLICATION DATE: 12/10/18		
NAME of APPLICANT: Mrs. SAVITRI		AGE-YEARS 50		
FATHER'S/SPOUSE'S NAME: Chohan Singh		SEX F		
PRESENT RESIDENCE ADDRESS: E-75, Kangra Mahalla Morlangu, New Delhi				
PERMANENT RESIDENCE ADDRESS: Mrs. Above				
OCCUPATION: Housewife		MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)		
TOTAL ANNUAL INCOME: Rs. 65,000/- (Family Income)		(Attach Proof of Income)		
PAN No.:				
ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable):				
FAMILY DETAILS:				
Sr. No.	Name of Family Member	Age (Years)	Gender	Relation with Applicant
1	Chohan Singh	51	M	Husband
2	Rani	24	F	Daughter
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		☐ Any Other Basis/Proof		
"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE:				
Medical Reports/Prescriptions Attached:				
Diag. - RE Cataract				
Swic. - RE Phaco + IOL				
ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES:				
NAME of OTHER SOURCE:		AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILED:		
NIL		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 मेरी जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई विवरण एवं कथन असत्य पाया जाय है तो मेरे सहायक निरस्त की जा सकती है।
- 2) मैं इस ओर सहायक द्वारा "कोशिका फाउन्डेशन", से जो भी मदद है, उसका उपयोग उसी उद्देश्य की पूर्ति के लिये किया जायेगा, जो इस प्रपत्र में पत्र दान है।
- 3) मैं यहाँ घोषणा करता हूँ कि भविष्य में मैं किसी भी अन्य स्रोत/रोजगार/बीमा कम्पनी से न कोई रियाज 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 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 अंगूठे की छाप लगाकर, मैं (आवेदक) अपनी सहमति की पुष्टि करता हूँ एवं "कोशिका फाउन्डेशन और इसके न्यायोपक्ष" को अधिकृत करता हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और वो विवरण इस प्रपत्र में घोषणा है, उसे "कोशिका" एनएफआई, दान, वाचनादि दूसरे उद्देश्य से जुड़ी गतिविधियों और उपलब्धियों में लिये किसी भी प्रकार माध्यम से प्रकाशित करने के लिये अधिकृत है। मेरे प्रपत्र का निराकरण मेरे प्रपत्र के खतरे या खतरा के बिना "कोशिका फाउन्डेशन" न न्यायोपक्ष अधिकृत है।
- 2) मैं (आवेदक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण जो कि सहायक को उपलब्ध है उसे प्रयोग में लिये स्वतः सहायक को अधिकृत करती हूँ। इस संबंध में "कोशिका" एनएफआई न्यायोपक्ष और अधिकृत होगा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION :

आवेदक के हस्ताक्षर या अंगूठे का निशान

सावन्तरी

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 और से हमारे/हमारे को "कोशिका फाउन्डेशन" से वित्तीय सहायता हेतु सिफारिश की जाती है, जिसे हम (हस्पताल) निम्न प्रकार से मान्यता स्वीकार करते हैं।

- 1) यह कि न तो वर्तमान और न ही भविष्य में वित्तीय सहायता किसी भी प्रकार से सहायक को "कोशिका फाउन्डेशन" से प्राप्त होगी, यदि "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा सहायक को वित्तीय सहायता नहीं दी जाती है तो हमारे पास किसी अन्य स्रोत से सहायता लेने का अधिकार सुरक्षित रहता है। इस पुष्टि में स्पष्ट कहा जाता है कि सहायक वित्तीय सहायता के बिना सहायक को सहायता नहीं दी जा सकती है।
- 2) "कोशिका फाउन्डेशन" से जो भी सहायता केवल वित्तीय प्रकृति की है। रोगी को हस्पताल द्वारा दी गई सहायता 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। हस्पताल द्वारा रोगी को हलाक मुआयना और जाने जाने को भी जिम्मेदार रोगी एवं हस्पताल को होगा और "कोशिका" को कोई भूमिका या जिम्मेदारी इस मामले में नहीं होगी।

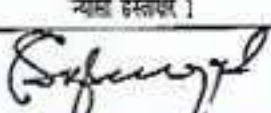
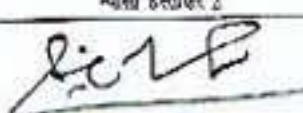
RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE

स्वीकृति के लिए संस्तुति

Date of Surgery अपरेशन की तारीख 12.10.18	 Dr. Shubha Mehta DMC No. 04798 Shroff Eye Centre (Name of Dr. & Regn. No. with Stamp) डाक्टर का नाम व हस्ताक्षर व छाप	 Dr. V.P. Thakral Medical Superintendent & Stamp of Authorised Signatory SHROFF EYE CENTRE A-9, Kailash Colony New Delhi-110 048 हस्ताक्षर और अधिकृत अधिकारी
--	---	---

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION

आंतरिक उपयोग हेतु

SIGNATURE of TRUSTEE 1 न्यायोपक्ष 1 	SIGNATURE of TRUSTEE 2 न्यायोपक्ष 2 
---	--