

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE सहायता हेतु आवेदन प्रारूप		(Healthcare) (स्वास्थ्य देखभाल)		 Koshika foundation BUILDING BLOCK OF LIFE	
APPLICATION No.: S/1118/291 (1442/18)		APPLICATION DATE: 14/11/18			
NAME of APPLICANT: आवेदक का नाम MR. RAMESHWAR DHAL		AGE-YEARS आयु वर्ष 63		SEX लिंग M	
FATHER/SPOUSE'S NAME: पिता/हस्ताक्षर का नाम Omkar Prasad					
PRESENT RESIDENCE ADDRESS वर्तमान आवासीय पता F-2nd, 571, Sangam Vihar New Delhi		 			
PERMANENT RESIDENCE ADDRESS स्थायी आवासीय पता As Above					
OCCUPATION: Unemployed	MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)				
TOTAL ANNUAL INCOME: Rs. 1.44 Lacs (Family Income)	(Attach Proof of Income)				
PAN No. स्वार्थ छात्र संख्या -					
ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable): क्या आप आय कर राजा है (जो मान्य हो उस पर खड़ी का निशान लगाये)		Yes (No) 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 सम्बन्ध	
①	Ram vati	61	F	Wife	
②	Gurjari	31	M	Son	
③	Savitri	23	F	Daughter	
BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable) सहायता के लिये निम्न आधार					
BPL Card (Attach Card Copy) गरीबी रेषा के नीचे प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की सत्य प्रति संलग्न करें)		EWS Certificate (Attach Certificate Copy) अल्प आय वर्ग प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की सत्य प्रति संलग्न करें)		Ration Card (Attach Copy) उपभोगकर्ता कार्ड (प्रमाण पत्र की सत्य प्रति संलग्न करें)	
Any Other Basis/Proof अन्य कोई साक्ष्य					
"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE: सहायता हेतु दिये गये निम्नों का उद्देश्य:					
Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached अस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई प्रतिवेदन सुची संलग्न				
	Drg-1 E Subluxated Cerv. Disc Cavity				
	Sur-1 E Vitrectomy + SFOL				
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 AVAILED एवं गई सहायता राशि		
	NIL				

DECLARATION by APPLICANT: आवेदक इस 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 निरासरा एवं कथन आसरा प्राप्त होता है तो मेरी सहायता निरस्त की जा सकती है।
- 2) मैं इस बात से सहायता एवं "कोशिका फाउन्डेशन", से जो भी मदद दूँ, उसका उपयोग उन्हीं उद्देश्यों के लिये किया करूँगा, जो इस प्रपत्र में गद्य किया है।
- 3) मैं पुष्टि करता हूँ कि भविष्य में मैं किसी भी अन्य स्रोत/रोजगार/बीमा कंपनी से न तो मदद दूँ और न ही भविष्य में दूँगा।

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 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 अपनी हस्ताक्षर या अंगूठे की छाप लगाकर, मैं (आवेदक) अपनी सहमति की पुष्टि करता हूँ एवं "कोशिका फाउन्डेशन और उसके न्यायोक्त" को अधिकृत करता हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और मेरे विवरण इस प्रपत्र में घोषित हैं, उसे "कोशिका" एम्प्लॉयी, एन, मासिक/वर्षा दूरसे उपचार से जुड़ी गतिविधियों और उपलब्धियों के लिये किसी भी प्रकार माध्यम से प्रसारित करने के लिए अधिकृत है। मेरे प्रपत्र का निरासरा मेरे ज्ञान के बिना या बाद में करने के लिए "कोशिका फाउन्डेशन" या किसी अधिकृत है।
- 2) मैं (आवेदक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण को बिना सहायता के उद्देश्यों से प्रसारित है मुझे स्वतः सहायता का हक्क नहीं करता। इस सहमति से "कोशिका" एम्प्लॉयी उसके न्यायोक्त का निर्णय अंतिम और अप्रत्यक्ष होगा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION :

आवेदक के हस्ताक्षर या अंगूठे का निशान

21/02/2018

AGREEMENT by HOSPITAL (हस्पताल द्वारा करार)

By affixing hereunder, signature of our Authorized 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 मधुर/रोगी 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 और सहायता स्रोत से किसी अन्य स्वतंत्र से उम्मीदवार/रोगी के लिये या से दई गई है, जैसे कि हमने "कोशिका फाउन्डेशन" से सिफारिश/निर्देशित उम्मीदवार को सहायता से "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा मदद हेतु किया है। यदि "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा सहायता विनियमित आर्थिक सहायता हेतु मन्तव्य नहीं किया जाता है तो हस्पताल किसी अन्य स्रोत/रोगी को सहायता से सहायता लेने का अधिकार सुरक्षित रखता है। इस पुष्टि से स्पष्ट होता है कि हस्पताल वित्तीय मदद उम्मीदवार को नहीं देगी और "कोशिका" की मदद भूमिका या जिम्मेदारता इस मामले में नहीं होगी।

2. "कोशिका फाउन्डेशन" से जो भी मदद सहायता केवल वित्तीय प्रकृति की है। रोगी पर 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 रोकथाम नहीं है। इसलिए हस्पताल में रोगी की उम्मीद सुरक्षित और जो जाने की सभी जिम्मेदारता रोगी एवं हस्पताल को होगी और "कोशिका" की मदद भूमिका या जिम्मेदारता इस मामले में नहीं होगी।

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE

स्वीकृति के लिए संरक्षित

Date of Surgery
ऑपरेशन की तारीख

14/01/18

Dr. V.P. Thakral

(Name of Dr. & Regn. No. with Stamp)
डाक्टर का नाम व रजिस्ट्रेशन नं. एवं मुहर

Dr. V.P. Thakral
Mo. (Name & Designation & Stamp of Authorized Signatory)
SHROFF EYE CENTRE (Name of Hospital)
A-9, Kailash Colony, New Delhi-110 048

FOR INTERNAL USE OF KOSHIKA FOUNDATION
DMC/R/02426

SIGNATURE of TRUSTEE 1
न्यायोक्त हस्ताक्षर 1

Safar

SIGNATURE of TRUSTEE 2
न्यायोक्त हस्ताक्षर 2

Signature