

| <b>APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE</b><br>सहायता हेतु आवेदन प्रारूप                                                                                                        |                                                                                                             | (Healthcare)<br>(स्वास्थ्य देखभाल)                                                                                                                                         |                               | <br><b>Koshika</b><br>foundation<br><small>Building Block of life.</small> |  |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|
| <b>APPLICATION No. :</b> S/0119/360 (1949/18)<br><small>आवेदन संख्या :</small>                                                                                             |                                                                                                             | <b>APPLICATION DATE :</b> 11/11/19<br><small>आवेदन दिनांक</small>                                                                                                          |                               |                                                                                                                                                              |  |
| <b>NAME of APPLICANT :</b><br><small>आवेदक का नाम</small> Mrs PREMAJI                                                                                                      |                                                                                                             | <b>AGE-YEARS आयु-वर्ष</b><br>70                                                                                                                                            | <b>SEX लिंग</b><br>F          |                                                                                                                                                              |  |
| <b>FATHER/SUSPOUSE'S NAME :</b> Late Chet Ram<br><small>पिता/बटुका का नाम</small>                                                                                          |                                                                                                             |                                                                                                                                                                            |                               |                                                                                                                                                              |  |
| <b>PRESENT RESIDENCE ADDRESS वर्तमान आवास पता</b><br>106/II Anandpur New Delhi                                                                                             |                                                                                                             |                                                                                                                                                                            |                               |                                                                                                                                                              |  |
| <b>PERMANENT RESIDENCE ADDRESS : स्थाई आवासीय पता</b><br>As Above                                                                                                          |                                                                                                             |                                                                                                                                                                            |                               |                                                                                                                                                              |  |
| <b>OCCUPATION :</b> Homemaker<br><small>व्यवसाय</small>                                                                                                                    |                                                                                                             |                                                                                                                                                                            |                               | <b>MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)</b>                                                                                                              |  |
| <b>TOTAL ANNUAL INCOME :</b> Rs NIL<br><small>कुल वार्षिक आय</small>                                                                                                       |                                                                                                             |                                                                                                                                                                            |                               | <b>(Attach Proof of Income)</b><br><small>(आय का साक्ष्य सलग्न)</small>                                                                                      |  |
| <b>PAN No. स्थाई छाया संख्या</b> —                                                                                                                                         |                                                                                                             |                                                                                                                                                                            |                               |                                                                                                                                                              |  |
| <b>ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable):</b><br><small>क्या आप आय कर दाख है (जो भान्य हो उस पर सही का चिह्न लगाये।)</small> Yes (हाँ) / No (नहीं) |                                                                                                             |                                                                                                                                                                            |                               |                                                                                                                                                              |  |
| <b>FAMILY DETAILS परिवार विवरण</b>                                                                                                                                         |                                                                                                             |                                                                                                                                                                            |                               |                                                                                                                                                              |  |
| Sr. No.<br><small>क्रम संख्या</small>                                                                                                                                      | Name of Family Member<br><small>परिवार के सदस्यों का नाम</small>                                            | Age (Years)<br><small>उम्र (वर्ष)</small>                                                                                                                                  | Gender<br><small>लिंग</small> | Relation with Applicant<br><small>आवेदक के साथ सम्बंध</small>                                                                                                |  |
| 1                                                                                                                                                                          | Pratima                                                                                                     | 42                                                                                                                                                                         | F                             | Daughter                                                                                                                                                     |  |
| <b>BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable)</b><br><small>सहायता के लिए किसी आधार का चयन करें:</small>                                               |                                                                                                             |                                                                                                                                                                            |                               |                                                                                                                                                              |  |
| <input checked="" type="checkbox"/> RPL Card<br><small>(Attach Card Copy)</small><br><small>राश्रीय रेशन कार्ड की नक़्क़ा प्रमाणित करें।</small>                           |                                                                                                             | <input type="checkbox"/> EWS Certificate<br><small>(Attach Certificate Copy)</small><br><small>जन गण मन कति प्राधान पर (प्रमाण पत्र की नक़्क़ा प्रति संलग्न करें।)</small> |                               | <input type="checkbox"/> Ration Card<br><small>(Attach Copy)</small><br><small>उपयोगिता कार्ड (प्रमाण पत्र की नक़्क़ा प्रति संलग्न करें।)</small>            |  |
| <input type="checkbox"/> Any Other Basis/Proof<br><small>अन्य कोई साक्ष्य</small>                                                                                          |                                                                                                             |                                                                                                                                                                            |                               |                                                                                                                                                              |  |
| <b>"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE:</b><br><small>सहायता हेतु किसे मने निम्नी का उद्देश्य:</small>                                                                     |                                                                                                             |                                                                                                                                                                            |                               |                                                                                                                                                              |  |
| Sr. No.<br><small>क्रम संख्या</small>                                                                                                                                      | Medical Reports/Prescriptions Attached<br><small>अस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई प्रतिवेदन सूची संलग्न</small> |                                                                                                                                                                            |                               |                                                                                                                                                              |  |
| 1                                                                                                                                                                          | Diagn - RE Cataract                                                                                         |                                                                                                                                                                            |                               |                                                                                                                                                              |  |
| 2                                                                                                                                                                          | Surgl - RE Phaco + IOL                                                                                      |                                                                                                                                                                            |                               |                                                                                                                                                              |  |
| <b>ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES</b><br><small>इस उद्देश्य के हेतु कोई अन्य सहायता किसी अन्य स्रोत से लिया गया है?</small>                |                                                                                                             |                                                                                                                                                                            |                               |                                                                                                                                                              |  |
| Sr. No.<br><small>क्रम संख्या</small>                                                                                                                                      | NAME of OTHER SOURCE<br><small>अन्य स्रोत का नाम</small>                                                    | AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILED<br><small>ली गई सहायता राशी</small>                                                                                                     |                               |                                                                                                                                                              |  |
| 1                                                                                                                                                                          | 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 यहाँ घोषणा कर रहा हूँ कि इस प्रश्न में दिये गये सभी विवरण मेरी जानकारी के अनुसार सच एवं सही हैं। यदि कोई विवरण सच नहीं लगता या सच नहीं है तो मेरी सहायता निरस्त की जा सकती है।
- 2) मैं यहाँ घोषणा कर रहा हूँ कि "कोशिका फाउंडेशन", से जो भी सहायता मिले, वह केवल उद्देश्य के लिए ही प्रयोग की जाएगी, जो इस प्रश्न में बताया गया है।
- 3) मैं यहाँ घोषणा कर रहा हूँ कि मैंने अब तक और भविष्य में भी किसी भी अन्य स्रोत/रोजगार/बीमा कंपनी से न तो सहायता लेई है और न ही लेना है।

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

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 is in this regard will be final and acceptable to me.

- 1) इस प्रश्न पर अपने हस्ताक्षर या अंगूठे की छाप लगाकर, मैं (आवेदक) अपनी सहमति की पुष्टि करता हूँ एवं "कोशिका फाउंडेशन और इसके ट्रस्टियों" को अधिकृत करता हूँ कि वे मेरा नाम, पता, फोटो और जो विवरण इस प्रश्न में बताया है, उसे "कोशिका" द्वारा प्रकाशित, दूर, प्रसारण द्वारा वरिष्ठता से मुझे चिकित्सीय और वित्तीय सहायता के लिए प्रसारित करने के लिए अधिकृत है। मेरे प्रश्न का विवरण मेरे हस्ताक्षर के बिना या बिना मेरे हस्ताक्षर के बिना "कोशिका फाउंडेशन" में प्रसारित नहीं किया जा सकता है।
- 2) मैं (आवेदक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण जो कि सहायता के उद्देश्यों से प्रसारित है मुझे स्वतः सहायता का इंतजार नहीं करता इस सम्बंध में "कोशिका" द्वारा प्रदान की गई सहायता को अंतिम और अविरोधकारी होना।

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

आवेदक के हस्ताक्षर या अंगूठे का निशान

*(Handwritten Signature)*

**AGREEMENT by HOSPITAL (हॉस्पिटल द्वारा सहमति)**

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, हॉस्पिटल की ओर से प्रमाणित करने की "कोशिका फाउंडेशन" से वित्तीय सहायता हेतु सिफारिश की जाती है, बिना हम (हॉस्पिटल) वित्त प्रदान से सच व सहीकर करते हैं।

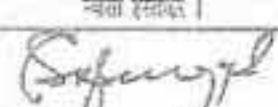
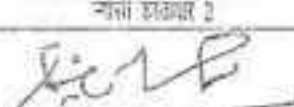
- 1) यह कि न तो वर्तमान और न ही भविष्य में वित्तीय सहायता किसी और सहायता संगठन या किसी अन्य स्रोत से प्राप्त होगी/प्राप्त में लेने या ले रहे हैं, जैसे कि हमने "कोशिका फाउंडेशन" से सिफारिश/अनुमति प्राप्त की सहायता में "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा प्रदान की है। यदि "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा सहायता सिफारिश/अनुमति हेतु प्रस्ताव नहीं किया जाता है तो हॉस्पिटल किसी अन्य और सहायता संगठन या किसी अन्य स्रोत से सहायता लेने का अधिकार सुरक्षित रहता है। इस पुष्टि में स्पष्ट कहा गया है कि हॉस्पिटल वित्तीय मदद प्राप्त होगी/प्राप्त में हेतु किसी और सहायता संगठन या किसी अन्य स्रोत से नहीं लेगा/लेगी।
- 2) "कोशिका फाउंडेशन" से जो भी सहायता संगठन वित्तीय प्रकृति की है। ऐसी या हॉस्पिटल द्वारा दी गई सहायता या बिना हमें हॉस्पिटल/प्रक्रिया का चुनाव होगा एवं हॉस्पिटल को सच व सहीकर है और "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई दखल नहीं है। इसलिए हॉस्पिटल में होगा व सहायता सुरक्षा और अपने जाने की सही जिम्मेदारी लेते एवं हॉस्पिटल को ही ही "कोशिका" को कोई प्रमाण या जिम्मेदारी इस बात में नहीं होगी।

**RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE**

स्वीकृति के लिए प्रस्तुति

|                                                    |                                                                                                                          |                                                                                                                                                                                                 |
|----------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Date of Surgery<br>ऑपरेशन की तारीख<br><br>11/11/19 | Dr. Shubha Mehta<br>(Name of Dr. & Regn. No. with Stamp)<br>165M Shroff Eye Centre<br>4-2, Kallan Road, New Delhi-110048 | Dr. V.P. Thakral<br>(Name of Authorised Signatory & Stamp of Authorised Signatory)<br>Medical Superintendent (In-charge of Hospital)<br>SHROFF EYE CENTRE<br>4-2, Kallan Road, New Delhi-110048 |
|----------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|

**FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION**

|                                                                                                                                   |                                                                                                                                    |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| SIGNATURE of TRUSTEE 1<br>नामी हस्ताक्षर 1<br> | SIGNATURE of TRUSTEE 2<br>नामी हस्ताक्षर 2<br> |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|