

**APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE**  
सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)  
(स्वास्थ्य देखभाल)



APPLICATION No.: S/0219/391 (1525/18) APPLICATION DATE: 4/2/19  
आवेदन संख्या: आवेदन तिथि

NAME of APPLICANT: AGE-YEARS आयु-वर्ष SEX लिंग  
आवेदक का नाम Mrs SHAKUNTALA 70 F

FATHER'S/SPOUSE'S NAME: Jage Ram  
पिता/सहोदर का नाम

PRESENT RESIDENCE ADDRESS वर्तमान आवासीय पता  
46/1, Welcome, Seelampur Delhi

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS: स्थाई आवासीय पता  
As Above

OCCUPATION: Housewife  
व्यवसाय

MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)

TOTAL ANNUAL INCOME: Rs. 85,000/- (Family Income) (Attach Proof of Income)  
कुल वार्षिक आय (आय का साक्ष्य संलग्न) -

PAN No. स्वयं जारी संख्या -

ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable):  
क्या आप आय कर दाता हैं (जो मान्य हो उस पर खड़ी का चिह्न लगायें)

Yes (No)  
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 |
|------------------------|---------------------------------------------------|----------------------------|----------------|-------------------------------------------------|
| 01                     | Jage Ram                                          | 72                         | M              | Husband                                         |
| 02                     | Ravi                                              | 42                         | M              | Son                                             |
|                        |                                                   |                            |                |                                                 |
|                        |                                                   |                            |                |                                                 |
|                        |                                                   |                            |                |                                                 |
|                        |                                                   |                            |                |                                                 |
|                        |                                                   |                            |                |                                                 |
|                        |                                                   |                            |                |                                                 |
|                        |                                                   |                            |                |                                                 |

**BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable)**  
सहायता के लिये विवृति आधार

|                                                                                                             |                                                                                                                     |                                                                                            |                                              |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------|
| BPL Card<br>(Attach Card Copy)<br>गरीबी रेशन के नीचे प्रमाण पत्र<br>(प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें) | EWS Certificate<br>(Attach Certificate Copy)<br>अल्प आय वर्ग प्रमाण पत्र<br>(प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें) | Ration Card<br>(Attach Copy)<br>उपभोग्यता कार्ड<br>(प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें) | Any Other<br>Basis/Proof<br>अन्य कोई साक्ष्य |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------|

**"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE:**  
सहायता हेतु लिये गये विवृति का उद्देश्य:

| Sr. No.<br>क्रम संख्या | Medical Reports/Prescriptions Attached<br>अस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई दवाविवरण सूची संलग्न |
|------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------|
|                        | Diagn- RE Cataract                                                                          |
|                        | Surge RE Phaco + IOL                                                                        |
|                        |                                                                                             |
|                        |                                                                                             |
|                        |                                                                                             |
|                        |                                                                                             |
|                        |                                                                                             |
|                        |                                                                                             |
|                        |                                                                                             |

**ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES**  
इस उद्देश्य के हेतु कोई अन्य सहायता किसी अन्य स्रोत से लिये गयी है?

| Sr. No.<br>क्रम संख्या | NAME of OTHER SOURCE<br>अन्य स्रोत का नाम | AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILED<br>लिये गयी सहायता राशि |
|------------------------|-------------------------------------------|------------------------------------------------------------|
|                        |                                           |                                                            |
|                        |                                           |                                                            |
|                        |                                           |                                                            |
|                        |                                           |                                                            |

**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 यहाँ घोषणा करता हूँ कि इस प्रारूप में दिये गये सभी विवरण मेरी जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई विवरण सत्य नहीं माना जाय तो मेरी सहायता निरस्त की जा सकती है।
- 2) मैं यहाँ घोषणा करता हूँ कि "कोशिका फाउन्डेशन", से जो भी राशि मिले, उसका उपयोग केवल उद्देश्य को पूर्ति के लिये किया जायेगा, जो इस प्रारूप में बताया गया है।
- 3) मैं यहाँ घोषणा करता हूँ कि मैं किसी सहायता हेतु यह प्रार्थना नहीं कर रहा हूँ, उस राशि का अधिक या समान किसी अन्य सोर्स/एम्प्लॉयर/इन्सुरेंस कंपनी से न ले लिया 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 resubmitting 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 प्रारूप पर अपने हस्ताक्षर या अंगुली के छाप लगाकर, मैं (आवेदक) अपनी सहमति को पुष्टि करता हूँ एवं "कोशिका फाउन्डेशन और उसके ट्रस्टियों" को अधिकृत करता हूँ कि वे मेरा नाम, पता, फोटो और जो विवरण इस प्रारूप में घोषित है, उसे "कोशिका" एम्ब्लम, पत्र, चित्रण/चित्रण द्वारा उद्देश्य से जुड़ी गतिविधियों और उपलब्धियों को लिये किसी भी प्रकार का प्रचार करने के लिए अधिकृत है। मेरी इसका विवरण को इसका उपयोग करने या मेरे नाम के लिए "कोशिका फाउन्डेशन" व अन्य अधिकृत है।
- 2) मैं (आवेदक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण को कि सहायता के उद्देश्य से प्रचारित है पूर्णतया सहायता का हस्ताक्षर नहीं करता। इस सम्बंध में "कोशिका" एम्ब्लम ट्रस्टियों का निर्णय अंतिम और स्वीकार्य होगा।

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

आवेदक के हस्ताक्षर या अंगुली का निशान

शुभम मेहता

**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 ओर से मांगते/लेते हैं कि "कोशिका फाउन्डेशन" से वित्तिय सहायता हेतु सिफारिश की जाती है, किसे हम (हस्पताल) निम्न प्रकार से मान्य व स्वीकार करते हैं।

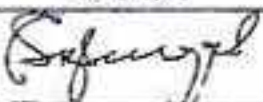
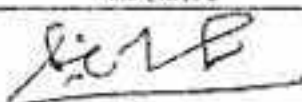
- 1) यह कि न तो वर्तमान और न ही भविष्य में वित्तिय सहायता किसी भी सकारात्मक कारण या किसी अन्य स्रोत से प्राप्त होती/मांगते हैं जहाँ या ले रहे हैं, जैसे कि हमने "कोशिका फाउन्डेशन" से सिफारिश/विचारित करने के सम्बंध में "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा मांग रहे हैं कि है। यदि "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा सहायता वित्तिय अनिश्चितता/असुविधा हेतु मन्तव्य को किया जाता है तो हस्पताल किसी अन्य स्रोत सहायता या किसी अन्य सहायता से सहायता लेने का अधिकार सुरक्षित रखता है। इस पुष्टि में सार यह है कि सहायता केवल वित्तिय सहायता हेतु किया है।
- 2) "कोशिका फाउन्डेशन" से जो भी सहायता केवल वित्तिय प्रकृति की है। हमारी या हस्पताल द्वारा जो भी सहायता या सेवाएँ हमें उपलब्ध/अवसर का सुलभ होगी एवं हस्पताल को भीय का विषय है और "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई प्रकार नहीं है। हमारे हस्पताल में सेवा के इसका सुलभ और जाने जाने की सारी जिम्मेदारी हमारे हस्त हस्ताक्षर की होगी और "कोशिका" को कोई सुविधा या जिम्मेदारी इस सम्बंध में नहीं होगी।

**RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE**

स्वीकृति के लिए संस्तुति

|                                      |                                                                                                             |                                                                                                                                                                         |
|--------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Date of Surgery<br>कार्यक्रम की तिथि | Shubha Mehra<br>M.D. (O) - 61758<br>(Name of Dr. & Regn. No. with Stamp)<br>डॉक्टर का नाम व हस्ताक्षर व सील | Dr. V.P. Thakral<br>Medicine, Designation & Stamp of Authorised Signatory<br>SHROFF EYE CARE (Part of Hospital)<br>A-9, Kallanpur, New Delhi-110016<br>अधिकृत हस्ताक्षर |
|--------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|

**FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION**

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