

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE  
सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)  
(स्वास्थ्य देखभाल)



|                                               |                     |                                  |         |
|-----------------------------------------------|---------------------|----------------------------------|---------|
| APPLICATION No. :<br>आवेदन संख्या :           | S/0219/347 (371/19) | APPLICATION DATE :<br>आवेदन तिथि | 9/12/19 |
| NAME of APPLICANT :<br>आवेदक का नाम           | Chapala Krishnam    | AGE-YEARS<br>वयस-वर्ष            | 56      |
| FATHER'S/SPOUSE'S NAME :<br>पिता/कन्या का नाम | Padmanabhan         | SEX<br>लिंग                      | M       |

|                                                  |                            |
|--------------------------------------------------|----------------------------|
| PRESENT RESIDENCE ADDRESS<br>वर्तमान आवासीय पता  | 115, I.P. Colony, Faridkot |
| PERMANENT RESIDENCE ADDRESS<br>स्थायी आवासीय पता | Kerala                     |



|                                                                                                                                 |                             |                                                    |   |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------|----------------------------------------------------|---|
| OCCUPATION :<br>व्यवसाय                                                                                                         | Unemployed                  | MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)           |   |
| TOTAL ANNUAL INCOME :<br>कुल वार्षिक आय                                                                                         | Rs 95,000/- (Family Income) | (Attach Proof of Income)<br>(आय का साक्ष्य संलग्न) | - |
| PAN No. :<br>सर्वोच्च खाता संख्या                                                                                               | -                           |                                                    |   |
| ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable):<br>क्या आप आय कर दाता हैं (जो मान्य हो उस पर सही का चिह्न लगावे) |                             | Yes (हाँ) / No (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                           | Titin                                             | 32                         | M              | Son                                             |
|                             |                                                   |                            |                |                                                 |
|                             |                                                   |                            |                |                                                 |
|                             |                                                   |                            |                |                                                 |
|                             |                                                   |                            |                |                                                 |
|                             |                                                   |                            |                |                                                 |
|                             |                                                   |                            |                |                                                 |
|                             |                                                   |                            |                |                                                 |
|                             |                                                   |                            |                |                                                 |
|                             |                                                   |                            |                |                                                 |

| BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable)<br>सहायता के लिये विधि आधार                  |                                                                                                                     |                                                                                           |                                           |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------|
| BPL Card<br>(Attach Card Copy)<br>गरीबी रेशा 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>उपभोक्ता कार्ड<br>(प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें) | Any Other Basis/Proof<br>अन्य कोई साक्ष्य |

| "PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE:<br>सहायता हेतु किये गये विधि का उद्देश्य: |                                                                                              |
|--------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------|
| Sr. No.<br>क्रम संख्या                                                         | Medical Reports/Prescriptions Attached<br>अस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई प्रतिवेदन सूची संलग्न |
|                                                                                | Diag: RE Cataract                                                                            |
|                                                                                | Sur: RE Phaco + IOL                                                                          |
|                                                                                |                                                                                              |
|                                                                                |                                                                                              |
|                                                                                |                                                                                              |
|                                                                                |                                                                                              |
|                                                                                |                                                                                              |
|                                                                                |                                                                                              |
|                                                                                |                                                                                              |

| ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES<br>इस उद्देश्य के हेतु कोई अन्य सहायता किसी अन्य स्रोत से लिया गया है? |                                           |                                                            |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------|------------------------------------------------------------|
| Sr. No.<br>क्रम संख्या                                                                                                                | NAME of OTHER SOURCE<br>अन्य स्रोत का नाम | AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILED<br>लिया गया सहायता राशि |
|                                                                                                                                       |                                           |                                                            |
|                                                                                                                                       |                                           |                                                            |
|                                                                                                                                       |                                           |                                                            |
|                                                                                                                                       |                                           |                                                            |
|                                                                                                                                       |                                           |                                                            |



**DECLARATION by APPLICANT: (अर्हदक 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.
- 3) मैं घोषणा करता हूँ कि इस प्रारूप में दिये गये सभी विवरण मेरी जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई विवरण सत्य माना गया पाया जाय है तो मेरी सहायता निरास की जा सकती है।
- 2) मैं इससे घोषणा करता हूँ कि "कोशिका फाउन्डेशन", से ली जा रही है, उसका उपयोग उसी उद्देश्य को पूर्ण करने के लिये किया जायेगा, जो इस प्रारूप में पत्र पत्र है।
- 3) मैं पुष्टि करता हूँ कि मैं इस सहायता हेतु यह प्रार्थना नहीं कर रहा हूँ, इस रशि का अधिकतम या अधिकतम दिनांक किसी अन्य प्रायोजक/रोजगार/बीमा कम्पनी से न ले लिया है और न ही भविष्य में लूँगा।

**AGREEMENT by APPLICANT (अर्हदक द्वारा सहमत)**

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 this regard will be final and acceptable to me.

- 1) इस प्रारूप पर अपने हस्ताक्षर या मुद्रा की छाप लगाकर, मैं (अर्हदक) अपनी सहमति की पुष्टि करता हूँ एवं "कोशिका फाउन्डेशन और इसके ट्रस्टियों" को अधिकृत करता हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और जो विवरण इस प्रारूप में घोषित है, उसे "कोशिका" एवम् पत्रों, दूर, साप्ताहिक दूरदर्शन से जुड़ी रेडियो/टेलीविजन और दूरदर्शन के लिये किसी भी माध्यम से प्रसारित करने के लिए अधिकृत है। मेरे द्वारा का निरास को इससे पहले का बाद में करने के लिए "कोशिका फाउन्डेशन" से नहीं अधिकृत है।
- 2) मैं (अर्हदक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण को किसी सहायता के उद्देश्य से प्रसारित है। मुझे स्वतः सहायता का हकदार नहीं बताया। इस सम्बंध में "कोशिका" एवम् पत्रों/टेलीविजन का निर्णय अंतिम और बाध्यकारी होगा।

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

अर्हदक के हस्ताक्षर या मुद्रा की छाप

*Applicant*

**AGREEMENT by HOSPITAL (हस्पताल द्वारा सहमत)**

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.

इससे अधिकृत, हस्ताक्षर की और से मापने/पेज को "कोशिका फाउन्डेशन" से वित्तिय सहायता हेतु सिफारिश की जाती है, किंतु हम (हस्पताल) निम्न प्रकार से सत्य व स्वीकार करते हैं।

- 1) यह कि न तो वर्तमान और न ही भविष्य में वित्तिय सहायता किसी और सहायता संस्थान या किसी अन्य स्रोत से प्राप्त होगी/पाएगी न ही यह हो रही है, बल्कि हमने "कोशिका फाउन्डेशन" से सिफारिश/विनिर्दिष्ट रकम को सम्बंध में "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा मदद हेतु किया है। यदि "कोशिका फाउन्डेशन" इस सहायता विनिर्दिष्ट अधिकतम/कम हेतु मंजूर नहीं किया जाता है तो अस्पताल किसी अन्य और सहायता संस्थान या किसी अन्य सहायता से सहायता लेने का अधिकार सुरक्षित रखता है। इस पुष्टि में स्पष्ट कहा जाता है कि अस्पताल द्वितीय मदद प्राप्त होगी/पाएगी हेतु किसी भी सहायता संस्था या किसी अन्य सहायता से नहीं लेगा/लेगी।
- 2) "कोशिका फाउन्डेशन" से ली गई सहायता केवल वित्तिय प्रकृति की है। रोगी पर हस्तगत द्वारा की गई सहायता का निर्णय गये उपचार/प्रक्रिया का चुनाव होगा एवं हस्पताल के बीच का निर्णय है और "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई दबाव नहीं है। इसलिये अस्पताल में रोगी के इलाज सुरक्ष और अन्य चारे की सभी जिम्मेदारियाँ पूरी एवं हस्पताल की होगी और "कोशिका" को कोई गुणिका या जिम्मेदारिता इस सम्बंध में नहीं होगी।

**RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE**

स्वीकृति के लिए संस्तुति

|                                                          |                                                                                                                    |                                                                                                                                                                                                 |
|----------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <p>Date of Surgery<br/>ऑपरेशन की तारीख</p> <p>9/2/19</p> | <p><i>Dr. Shubha Menha</i><br/>(Name of Dr. &amp; Regn. No. with Stamp)<br/>डाक्टर का नाम व हस्ताक्षर व मुद्रा</p> | <p><i>Dr. V.P. Thakral</i><br/>Med. (Signature &amp; Stamp of Authorised Signatory)<br/>SHROFF EYE CENTRE (Hospital)<br/>A-9, Kailash नगर/बंगल/हस्पताल अधिकृत अधिकारी<br/>New Delhi-110 048</p> |
|----------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|

**FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION**

आन्तरिक उपयोग हेतु

|                                                      |                                                      |
|------------------------------------------------------|------------------------------------------------------|
| <p>SIGNATURE of TRUSTEE 1<br/>नम्बरी हस्ताक्षर 1</p> | <p>SIGNATURE of TRUSTEE 2<br/>नम्बरी हस्ताक्षर 2</p> |
| <p><i>Safaryal</i></p>                               | <p><i>Dr. V.P. Thakral</i></p>                       |