

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE
(Healthcare)

(स्वास्थ्य देखभाल)



APPLICATION No.: S/0519/050 (797/19) APPLICATION DATE: 3/5/19

NAME of APPLICANT: Rom Nath AGE-YEARS: 60 SEX: M

FATHER'S/SPOUSE'S NAME: Lakha

PRESENT RESIDENCE ADDRESS: वर्तमान आवासीय पता

53, Ramnagar, New Delhi

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS: स्थाई आवासीय पता

As Above



OCCUPATION: Labourer

MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)

TOTAL ANNUAL INCOME: Rs. 84,000/-

(Attach Proof of Income) —
(आप का साक्ष्य संलग्न करें)

PAN No. स्थायी खाता संख्या —

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

Yes (हाँ) / No (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 संबंध
01	Phoolwati	55	F	Wife
02	Sandeep	30	M	Son
03	Pradeep	28	M	Son

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

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

"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE:
सहायता हेतु किए गये विनती का उद्देश्य:

Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached अस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई प्रतिवेदन सूची संलग्न
	Drug - LE Contract
	SUGI - LE Pharmacol

ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES
इस उद्देश्य के हेतु कोई अन्य सहायता किसी अन्य स्रोत से ली जा रही है?

Sr. No. क्रम संख्या	NAME of OTHER SOURCE अन्य स्रोत का नाम	AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILED ली गई सहायता राशी

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 प्रश्न में दिये गये सभी विवरण मेरी जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई विवरण एवं कथन अवास्तव पाया जाता है तो मेरी सहमति निरस्त की जा सकती है।
- 2) मेरे द्वारा जो सहायता एग्री "कोशिका फाउन्डेशन", से ली जा रही है, उसका उपयोग ठीकी उद्देश्य को पूर्ण के लिये किया जाएगा, जो इस प्रश्न में भरा गया है।
- 3) मैं स्पष्ट करता हूँ कि जिस सहायता हेतु यह प्रश्नी की गई है, उस एग्री का अधिक या अधिक विस्तार किसी अन्य डॉनर/निर्देशक/बोर्ड कन्सन्स से न हो सकेगा है और न ही भविष्य में होगा।

1) By affixing my signature or thumb impression on this Form, I (Applicant) hereby agree & authorise Koshika Foundation and it's 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 it's 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 प्रश्न पर अपने उत्तराह का बोझ को जान लानकर, मैं (अवेदक) अपनी सहमति की पुष्टि करता हूँ एवं "कोशिका फाउंडेशन और उसके न्यासी" को अधिकृत करता हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और वो विवरण इस प्रश्न में संक्षिप्त है, उसे "कोशिका" स्वयं न्यासी, दान, सहायता/या दूसरे उद्देश्य से दूसरी गतिविधियों और उपस्थितियों के लिये किसी भी प्रकार माध्यम से प्रसारित करने के लिए अधिकृत है। मेरे प्रश्न का विवरण में प्रश्न को पहले के बाद में करने के लिए "कोशिका फाउंडेशन" व न्यासी अधिकृत है।
- 2) मैं (अवेदक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण को कि सहायता के उद्देश्यों से प्रसारित है मुझे स्वतः सहायता का इकट्ठा नहीं करता। इस सम्बंध में "कोशिका" स्वयं उसके न्यासियों का निर्णय अंतिम और बाध्यकारी होगा।

आपेंद्रन के हस्ताक्षर या अंगुली का निशान

By affixing hereunder, signature of our Authorized Signatory for recommending this case/patient for financial assistance from Keshika 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 it's 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 & it's outcome & safety of the patient, and Koshika Foundation will have no role or responsibility in the matter.

हमारे अधिकार, हस्तक्षेप की ओर से सामंती/ऐंग्ली को "कोशिका फाउन्डेशन" से विविध सहायता हेतु निवारित की जाती है, जिसे हम (हस्तक्षेप) निम्न प्रकार से मान्य व स्वीकार करते हैं।

- १) यह कि न तो बर्मान और न ही पश्चिम में विविध सहायता किसी ने सरकारों संस्थान या किसी अन्य व्योत से उन्नत ऐंग्लियाएले में लेंगे या ले रहे हैं, जैसे कि हमने "कोरिका फाउन्डेशन" से सिनारिऑनिजित इकाई के सम्बंध में "कोरिका फाउन्डेशन" द्वारा भद्र हेतु कि है; यदि "कोरिका फाउन्डेशन" द्वारा सहायता विनीत आर्थिककरणल हेतु मञ्जुर नहीं किया जाता है तो अस्पताल किसी अन्य ने साझारी संस्था या किसी अन्य प्रसाधान से सहायता लेने का अधिकार सुरक्षित रखता है। इस दृष्टि में स्पष्ट कहा जाता है कि अस्पताल द्वितीय चरण तबत ऐंग्लियाएले हेतु किसी ने साझारी संस्था या किसी अन्य प्राधान से नहीं लेगा/लेगी।

2. "कोशिका फावन्देश" से सी गई महापत कोमल विभिन्न प्रकृति की है। रोगी का हृम्यताल द्वाय ही गई अतःह या किये गये उपचार/प्रक्रिया का चुनाव रोगी एवं हृम्यताल से बाँच का विषय है और "कोशिका फावन्देश" द्वारा किसी प्रकार का कोई दबाव नहीं है। इसलिये हृम्यताल में रोगी के हृम्यता सुखा और अपने जाने की सारे विम्वेराये रोगी एवं हृम्यताल की रोगी और "कोशिका" को कोर्न भविष्य का विम्वेरायी इस समये में नहीं होगी।

स्वीकृती के लिए संस्तुति

Dr. Sandra A. J. J.
Date: 06/04/2011
Ehren Eym. C. 0111

(Name of Dr. & Regn. No. with Stamp)

Dr. V.P. Thakral
Medical Superintendent
SHROFF EYE CENTRE
A-9, Kailash Colony
New Delhi-110048
आनंदिक इन्फ्यांक्टि

FOR INTERNAL USE of KOSHUKA FOUNDATION

SIGNATURE of TRUSTEE 1
नाली हस्ताक्षर 1

SIGNATURE of TRUSTEE 2
स्थानीय अध्यक्ष 2