

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE (Healthcare)		(स्वास्थ्य देखभाल)					
सहायता हेतु आवेदन प्रारूप		(Healthcare)					
APPLICATION No. :- S/0669/096 (929/19)		APPLICATION DATE : 3/6/19					
NAME of APPLICANT : Pami		AGE-YEARS 58					
FATHER'S/SPOUSE'S NAME : Purnan Chand		SEX F					
PRESENT RESIDENCE ADDRESS : I-II, 143, Madangir New Delhi							
PERMANENT RESIDENCE ADDRESS : As Above							
OCCUPATION : Housewife		MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)					
TOTAL ANNUAL INCOME : Rs. NIL		(Attach Proof of Income)					
PAN No. : [Blank]							
ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable): Yes / No							
FAMILY DETAILS							
Sr. No.	Name of Family Member	Age (Years)	Gender	Relation with Applicant			
1	Meenakshi	30	F	Daughter			
BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable)							
BPL Card (Attach Card Copy)		EWS Certificate (Attach Certificate Copy)		Ration Card (Attach Copy)		Any Other Basis/Proof	
गरीबी रेशा के नीचे प्रमाण पत्र		अल्प आय वर्ग प्रमाण पत्र		उपभोक्ता कार्ड		अन्य कोई साक्ष्य	
(प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें)		(प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें)		(प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें)		(प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें)	
"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE:							
Medical Reports/Prescriptions Attached							
Diagn:- RE Cataract							
Rx:- RE Phaco 410L							
ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES							
Is there any other source from which assistance is being received?							
Sr. No.	NAME of OTHER SOURCE			AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILED			
क्रम संख्या	अन्य स्रोत का नाम			सी गई सहायता राशि			

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 घोषणा करता हूँ कि इस प्रारूप में दिये गये सभी विवरण मेरी जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई विवरण सत्य अथवा सहायता प्राप्त नहीं हो सकती है।
- 2) मैं घोषणा करता हूँ कि "कोशिका फाउन्डेशन", से जो सहायता मिलेगी, उसका उपयोग केवल उद्देश्य को पूर्ण करने के लिए किया जाएगा, जो इस प्रारूप में माग किया है।
- 3) मैं घोषणा करता हूँ कि भविष्य में मैं इस सहायता के लिए पूरा या आंशिक रूप से किसी अन्य स्रोत/रोजगार/बीमा कंपनी से न ले सकूँ।

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 repeating 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 अंगूठे का निशान लगाकर, मैं (आवेदक) अपनी सहमति को पुष्टि करता हूँ एवं "कोशिका फाउन्डेशन और इसके भरोदारों" को अधिकृत करता हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और मेरे विवरण इस प्रारूप में घोषित हैं, उसे "कोशिका" द्वारा याद, पता, फोटो या मेरे उद्देश्य से कुछ परिस्थितियों और उपलब्धियों के लिए किसी भी प्रकार माध्यम से प्रकाशित करने के लिए अधिकृत है। मेरे प्रारूप का विवरण मेरे उद्देश्य को पूरा करने या मेरे उद्देश्य को पूरा करने के लिए "कोशिका फाउन्डेशन" व भरोदारों को अधिकृत है।
- 2) मैं (आवेदक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण को कि सहायता के उद्देश्य से प्रकाशित है मुझे स्वतः सहायता का हकदार नहीं करता। इस सम्बंध में "कोशिका" द्वारा उसके भरोदारों का निर्णय अंतिम और स्वीकार्य होगा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION :

आवेदक के हस्ताक्षर या अंगूठे का निशान

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 को और से भरोदारों को "कोशिका फाउन्डेशन" से वित्तीय सहायता हेतु सिफारिश की जाती है, जिसे हम (हस्पताल) निम्न प्रकार से मान्य व स्वीकार करते हैं।
- 1) यह कि न तो वर्तमान और न ही भविष्य में वित्तीय सहायता किसी और सहायता संगठन या किसी अन्य स्रोत से इस रोगी/रोगी के लिए या ले रहे हैं, जैसे कि हमने "कोशिका फाउन्डेशन" से सिफारिश/निर्देशित उद्देश्य के सम्बंध में "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा मदद हेतु किया है। यदि "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा सहायता किसी अतिरिक्त/अन्य हेतु मंजूर नहीं किया जाता है तो हस्पताल किसी अन्य और सहायता संगठन या किसी अन्य सहायता संगठन से सहायता लेने का अधिकार सुरक्षित रखता है। इस दृष्टि में स्पष्ट कहा जाता है कि हस्पताल द्वारा मदद इस रोगी/रोगी हेतु किसी और सहायता संगठन या किसी अन्य सहायता संगठन से नहीं ले रहे हैं।
2. "कोशिका फाउन्डेशन" से जो सहायता केवल वित्तीय प्रकृति की है। रोगी या हस्पताल द्वारा जो सहायता या बिना गैर उपचार/प्रक्रिया का चुनाव रोगी एवं हस्पताल के बीच का विषय है और "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई दखल नहीं है। इसलिए हस्पताल में रोगी के इलाज सुझा और अन्य चर्चा की पूरी जिम्मेदारी रोगी एवं हस्पताल की होगी और "कोशिका" को कोई दखल या जिम्मेदारी इस मामले में नहीं होगी।

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE

स्वीकृति के लिए संस्तुति

Date of Surgery
ऑपरेशन की तारीखDr. Shroff
DMC Regn. No. with Stamp
Shroff Eye CentreDr. V.P. Thakral
Medical Designation & Stamp of Authorised Signatory
SHROFF EYE CENTRE
A-9, Kallash Nagar, Delhi-110019**FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION**

अन्तर्गत उपयोग हेतु

SIGNATURE of TRUSTEE 1
भरोदार 1 का हस्ताक्षरSIGNATURE of TRUSTEE 2
भरोदार 2 का हस्ताक्षर