

**Koshika**  
foundation  
Building block of life.

APPLICATION DATE: 27/8/19  
आवेदन दिनांक

|                    |          |
|--------------------|----------|
| AGE-YEARS आयु-वर्ष | SEX लिंग |
|--------------------|----------|

FATHER'S/SPOUSE'S NAME : Betty Rann  
 पिता/सहोदर का नाम

PRESENT RESIDENCE ADDRESS: सचिन अग्रवाल पत्नी

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS : स्थान आवासीय पत्ता

OCCUPATION: Labourer

TOTAL ANNUAL INCOME: Rs. 60,000/-  
कुल वार्षिक आय

MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)

(Attach Proof of Income)  
(आय का साक्ष्य संलग्न)

PAN No.                     

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

Yes (No)  
हाँ / नहीं

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

BPL Card  
(Attach Card Copy)  
गरीबी रेश के नीचे प्रमाण पत्र  
(प्रमाण पत्र को छाया छवि संलग्न करें)

EWS Certificate  
(Attach Certificate Copy)  
आप आप वर्ग प्रमाण पत्र  
(प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें)

Ration Card  
(Attach Copy)  
उपभोक्ता कार्ड  
(अन्वेषण पर की जाया प्रति संलग्न करें)

Any Other  
Basis/Proof  
अन्य कोई साक्ष्य

"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE:  
सहायता हेतु किये गये विज्ञापन का उद्देश्य:

Medical Reports/Prescriptions Attached  
अस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई प्रतिवेदन सूची संलग्न

ASSISTANCE BEING AVAILABLE for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES  
 इस उद्देश्य के हेतु कोई अन्य सहायता मिले अन्य स्रोतों से लिया गया है?

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

**DECLARATION by APPLICANT: (अर्शेक डुरा करेक)**

- 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 कथन असत्य पाया जाता है तो मेरी सहायता निरस्त की जा सकती है।
- 2) मैं इस को सहायता के लिए "कोशिका फाउंडेशन", से ही जा रही हूँ, इसका उपयोग करने के लिए मेरी पुष्टि के बिना किया जाएगा, जो इस प्रारूप में बताया गया है।
- 3) मैं पुष्टि करता हूँ कि मैंने भविष्य में इस प्रारूप को नहीं है, इस दवा: का अधिकतम या समस्त भुगतान किसी अन्य स्रोत/नियोक्ता/बीमा कंपनी से न ले लिया है और न ही भविष्य में लूँगा।

**AGREEMENT by APPLICANT: (अर्शेक डुरा करेक)**

- 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 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 प्रारूप पर अपने हस्ताक्षर या अंगुली का छाप लगाकर, मैं (अर्शेक) अग्रे सहमत हो जाऊँगा हूँ एवं "कोशिका फाउंडेशन और उसके भ्रातृवों" को अधिकृत करता हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और मेरे विवरण इस प्रारूप में घोषित हैं, इसे "कोशिका" एम्प्लॉयी, एम्प, धनदाता/द्वारा उद्देश्य से कुछ गतिविधियों और उपलब्धियों के लिए किसी भी प्रकार मध्यम के प्रकाश करने के लिए अधिकृत है। मेरे प्रारूप का विवरण मेरे स्वास्थ्य के पहले या बाद में करने के लिए "कोशिका फाउंडेशन" से जारी अधिकृत है।
- 2) मैं (अर्शेक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण जो कि सहायता के उद्देश्यों से प्रेषित है इसके साथ: सहायता का हस्ताक्षर नहीं करता। इस सम्बंध में "कोशिका" एम्प्लॉयी उसके भ्रातृवों का निर्णय अंतिम और स्वीकार्य होगा।

**APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION:**  
अर्शेक के हस्ताक्षर या अंगुली का निशान

*(Signature)*

**AGREEMENT by HOSPITAL: (हस्पताल डुरा करेक)**

- 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 मान्यता देने के लिए "कोशिका फाउंडेशन" से निम्न सहायता हेतु सिफारिश की जाती है, जिसे हम (हस्पताल) निम्न प्रस्ताव से मान्य व स्वीकार करते हैं।
- 1) यह कि न तो वर्तमान और न ही भविष्य में निम्न सहायता किसी भी सहायता संगठन या किसी अन्य स्रोत से प्राप्त की जाएगी, जो कि हमने "कोशिका फाउंडेशन" से सिफारिश/निम्नित उसी के सम्बंध में "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा प्राप्त करने के लिए है। यदि "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा सहायता निम्नित आर्थिक/सहायता हेतु मंजूर नहीं किया जाता है तो हस्पताल किसी अन्य स्रोत से सहायता लेने का अधिकार सुरक्षित रखता है। इस दृष्टि में स्पष्ट कहा जाता है कि हस्पताल निम्नित मर उसी के भुगतान हेतु किसी भी सहायता संगठन या किसी अन्य स्रोत से नहीं लेगा/लेगी।
2. "कोशिका फाउंडेशन" से ही यह सहायता केवल वित्तीय प्रकृति की है। ऐसे में हस्पताल द्वारा ही यह सहायता का निर्णय लिया जाएगा/प्रक्रिया का चुनाव देनी एवं हस्पताल को ही इसका विवरण है और "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई दबाव नहीं है। इसलिए हस्पताल में देनी के हस्ताक्षर और जाने जाने की सभी जिम्मेदारियाँ देनी एवं हस्पताल की होनी और "कोशिका" की कोई भूमिका या जिम्मेदारी इस मामले में नहीं होगी।

**RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE**  
स्वीकृति के लिए संस्तुति

|                                                                             |                                                                                                                              |                                                                                                                                                                                             |
|-----------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <p>Date of Surgery<br/>अवस्था की तारीख</p> <p>24/8/19</p>                   | <p>Dr. Shubha Mehta<br/>DMC No. 55798<br/>Name of Dr. &amp; Regn. No. with Stamp<br/>हस्ताक्षर की रूप से हस्ताक्षर व छाप</p> | <p>Dr. V.P. Thakral<br/>Mod. (Name, Designation &amp; Stamp of Authorised Signatory)<br/>SHROFF EYE CENTRE (behalf of Hospital)<br/>A-8, Kailash नई दिल्ली<br/>हस्ताक्षर अधिकृत अधिकारी</p> |
| <p>FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION आंतरिक उपयोग हेतु</p>             |                                                                                                                              |                                                                                                                                                                                             |
| <p>SIGNATURE of TRUSTEE 1<br/>आसी हस्ताक्षर 1</p> <p><i>(Signature)</i></p> |                                                                                                                              | <p>SIGNATURE of TRUSTEE 2<br/>आसी हस्ताक्षर 2</p> <p><i>(Signature)</i></p>                                                                                                                 |