

DEL-CH-09-5850

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE (Healthcare)		Koshika foundation Building block of life.		
APPLICATION No.: 061/0919/0030		APPLICATION DATE: 2019.09.27		
NAME of APPLICANT: Rajkali Devi		AGE-YEARS: 63	SEX: female	
FATHER'S/SPOUSE'S NAME: w/o Mahendra		 Pre Post 0030 Rajkali Devi		
PRESENT RESIDENCE ADDRESS: P.H. Shandhan, Chhaprauli, Dehat, Noida in Nagar, Bagpate Uttar Pradesh				
PERMANENT RESIDENCE ADDRESS: N/A				
OCCUPATION: Homemaker				
TOTAL ANNUAL INCOME: 30,000/-		MARRIED (Ticked) / UNMARRIED (Unticked) (Attach Proof of Income) NA		
PAN No. N/A		ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable): Yes / No		
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 सम्बंध
1	Mahendra	65	Male	Husband
2	Sudhar	45	Male	Son
3	Rajeev	30	Male	Son
4	Sanjeev	28	Female	Daughter in Law
5	Nishi	28	Female	Daughter in Law
6	Mukul	18	Male	Grandson
7	Jeet	07	Male	Grandson
8	Anshika	12	Female	Granddaughter
9	Ananya	09	Female	Granddaughter
BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable)				
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)		Any Other Basis/Proof अन्य कोई साक्ष्य
"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE: सहायता हेतु किये गये विनती का उद्देश्य:				
Medical Reports/Prescriptions Attached अस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई प्रतिवेदन सूची संलग्न				
RE :- Senile Cataract, Disc Suspect LE :- Senile Cataract, Disc Suspect R Surgery :- RE Phaco + PUOL + IOL				
ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES इस उद्देश्य के हेतु कोई अन्य सहायता किसी अन्य स्रोत से लिये गया हो?				
Sr. No. क्रम संख्या	NAME of OTHER SOURCE अन्य स्रोत का नाम	AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILED सी गई सहायता राशी		

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 & ongo-
lable 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
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 compa-
for which this assistance is requested.

- 1) मैं घोषणा करता हूँ कि इस प्रकरण में दिये गये सभी विवरण मेरी जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई विवरण एवं कथन असत्य साबित होता है तो मेरी सहायता निरस्त
2) मैं द्वारा जो सहायता यहाँ "कोशिका फाउन्डेशन", में ली जा रही है, उसका उपयोग उन्ही उद्देश्य की पूर्ति के लिये किया जाएगा, जो इस प्रकरण में माँगा गया है।
3) मैं पुष्टि करता हूँ कि मैं इस सहायता हेतु यह प्रार्थना नहीं कर रहा हूँ, उस राशि का आंशिक या सफल विस्तार किसी अन्य सोर्स/निर्माता/बीमा कम्पनी से या जो दिया है और न ही भविष्य में

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 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 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 दस्तावेज पर अपने हस्ताक्षर या अंगूठे का छाप लगाकर, मैं (आवेदक) अपने सहमति की पुष्टि करता हूँ एवं "कोशिका फाउन्डेशन और उसके न्यायोपक्ष" को अधिकृत करता हूँ कि मेरा नाम,
पता, फोटो और जो विवरण इस दस्तावेज में घोषित है, उसे "कोशिका" दम्प, न्यायी, दान, सचन/या दूसरे उद्देश्य से मुझे गतिविधियों और उपलब्धियों के लिये किसी भी प्रकार माध्यम
से प्रकाशित करने के लिए अधिकृत है। मेरे दस्तावेज का विवरण से इसका कोई पहलू या बाद में करने के लिए "कोशिका फाउन्डेशन" से न्यायी अधिकृत है।
2) मैं (आवेदक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण जो कि सहायता के उद्देश्य से घोषित है मुझे स्वतः सहायता का हकदार नहीं करता। इस सम्बंध में
"कोशिका" दम्प उसके न्यायोपक्ष का निर्णय अंतिम और बाध्यकारी होगा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION:

आवेदक के हस्ताक्षर या अंगूठे का छाप

() LT

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 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.

हमने अधिकृत, हस्ताक्षर की और से नामले/रोगी को "कोशिका फाउन्डेशन" से वित्तीय सहायता हेतु सिफारिश की जाती है, किन्तु हम (हस्पताल) निम्न प्रकार से मान्यता स्वीकार करते हैं।

- 1) यह कि न तो वर्तमान और न ही भविष्य में वित्तीय सहायता किसी भी सरकारी संस्थान या किसी अन्य स्रोत से उठा ली जायगी या लेने का प्रयत्न होगा, जैसे कि हमने "कोशिका फाउन्डेशन"
से सिफारिश/निर्णय उठाया है। हमारे सम्बंध में "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा मदद हेतु कि है। यदि "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा सहायता निगीत आंशिक/सफल हेतु मन्दुर नहीं किया जाता है तो अस्पताल
किसी अन्य और सरकारी संस्था या किसी अन्य संस्थापन से सहायता लेने का अधिकार सुरक्षित रखता है। इस दृष्टि में स्पष्ट कहा जाता है कि अस्पताल द्वितीय मदद उठा लेगी/चाहते हेतु किसी
और सरकारी संस्था या किसी अन्य संस्थापन से नहीं लेगा/लेगी।

2. "कोशिका फाउन्डेशन" से ली गई सहायता केवल वित्तीय प्रकृति की है। रोगी पर हस्पताल द्वारा दी गई सलाह या किये गये उपचार/प्रक्रिया का चुनाव रोगी एवं हस्पताल
को बीच का विषय है और "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई दबाव नहीं है। इसलिए हस्पताल में रोगी को इसका सुरक्षा और आने जाने की सारी जिम्मेदारी रोगी एवं हस्पताल
को होगी और "कोशिका" को कोई दृष्टिकोण या जिम्मेदारी इस मामले में नहीं होगी।

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE

स्वीकृति के लिए संस्तुति

Date of Surgery
ऑपरेशन की तारीख

2019-09-28

(Name of Dr. & Regn. No. with Stamp)
डाक्टर का नाम व हस्ताक्षर व रजि. नं.

(Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory
on behalf of Hospital)
नाम व पर हस्पताल अधिकृत अधिकारी

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION

आन्तरिक उपयोग हेतु

SIGNATURE of TRUSTEE 1
न्यायी हस्ताक्षर 1

SIGNATURE of TRUSTEE 2
न्यायी हस्ताक्षर 2