

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE  
(Healthcare)  
(स्वास्थ्य देखभाल)



APPLICATION No.: 5/10/242 (1802/19) APPLICATION DATE: 5/10/19  
आवेदन संख्या: आवेदन तिथि

NAME of APPLICANT: Shivveer Singh AGE-YEARS आयु-वर्ष 48 SEX लिंग M

FATHER'S/SPOUSE'S NAME: Darn Singh  
पिता/हस्तुष का नाम

PRESENT RESIDENCE ADDRESS वर्तमान आवास का पता  
H-58 Ali Vihar New Delhi

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS: स्थाई आवास का पता  
As Above



OCCUPATION: Tailor MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)

TOTAL ANNUAL INCOME: Rs. 80,000/- (Attach Proof of Income) —  
कुल वार्षिक आय (आय का प्रमाण संलग्न करें)

PAN No. स्थाई खाता संख्या —  
ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable): Yes (No)  
क्या आप आय कर दाता हैं (जो मान्य हो उस पर सही का निशान लगाएं) हाँ / 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 |
| 01                           | Chaukhi                                           | 45                         | F              | Wife                                            |
| 02                           | Vipin                                             | 22                         | M              | Son                                             |
| 03                           | Sunny                                             | 20                         | M              | "                                               |
| 04                           | Veeru                                             | 18                         | M              | "                                               |

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

"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE:  
सहायता हेतु किने गये निम्नी का उद्देश्य:

| Sr. No.<br>क्रम संख्या | Medical Reports/Prescriptions Attached<br>अस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई प्रतिवेदन सूची संलग्न |
|------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------|
|                        | Diag:- LE Cataract                                                                           |
|                        | Surg:- LE Phaco + IOL                                                                        |

ASSISTANCE BEING AVAILABLE for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES  
इस उद्देश्य के हेतु कोई अन्य सहायता किसी अन्य स्रोत से मिली क्या है?

| Sr. No.<br>क्रम संख्या | NAME of OTHER SOURCE<br>अन्य स्रोत का नाम | AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILABLE<br>सी गई सहायता राशी |
|------------------------|-------------------------------------------|-----------------------------------------------------------|
|                        |                                           |                                                           |



**DECLARATION by APPLICANT: (अर्पणकर्ता द्वारा घोषणा करना):**

- 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 यहाँ घोषणा करता हूँ कि इस प्रारूप में दिये गये सभी विवरण मेरी जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई झूठा बयान एवं कथन असत्य पाया जाता है तो मेरी सहायता निरस्त की जा सकती है।
- 2) मैं यहाँ घोषणा करता हूँ कि "कोशिका फाउन्डेशन", से जो भी सहायता मिले, उसे केवल उद्देश्य के पूर्ण के लिये ही प्रयोग करूँगा, जो इस प्रारूप में प्रकट किया गया है।
- 3) मैं यहाँ घोषणा करता हूँ कि मैंने किसी भी अन्य सहायता के माध्यम से, या भविष्य में, अपने उपचार/वैद्यकीय/बीमा कम्पनी से न तो सहायता प्राप्त की है और न ही प्राप्त करने की योजना है।

**AGREEMENT by APPLICANT (अर्पणकर्ता द्वारा सहमति)**

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 अंगूठे का निशान करके, मैं (अर्पणकर्ता) यहाँ घोषणा करता हूँ कि मैं "कोशिका फाउन्डेशन और इसके निरूपकों" को अधिकृत करता हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और मेरे विवरण इस प्रारूप में घोषित हैं, जो "कोशिका" द्वारा, या, याचिकाकर्ता द्वारा उद्देश्य के पूर्ण के लिये विभिन्न माध्यमों के माध्यम से प्रसारित करने के लिये अधिकृत है। मेरी घोषणा का विवरण मेरे उपचार के पूरा होने या बाद में करने के लिये "कोशिका फाउन्डेशन" के लिये अधिकृत है।
- 2) मैं (अर्पणकर्ता) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण जो कि सहायता के माध्यम से प्रसारित हैं, स्वतः सहायता का अधिकार नहीं बनाता। इस सम्बंध में "कोशिका" द्वारा उद्देश्य के पूर्ण के लिये अंतिम और स्वीकार्य होगा।

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

अर्पणकर्ता के हस्ताक्षर या अंगूठे का निशान

*Shubha Mahta*

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

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, हमारे द्वारा यहाँ घोषणा करने वाले "कोशिका फाउन्डेशन" से वित्तीय सहायता हेतु सिफारिश की जाती है, कि हम (हस्पताल) निम्न प्रकार से मान्यता स्वीकार करते हैं।

- 1) यह कि न तो वर्तमान और न ही भविष्य में वित्तीय सहायता किसी भी सहायता संगठन या किसी अन्य स्रोत से प्राप्त होगी/करने में हमें बाधा रहेगी है, जैसे कि हमने "कोशिका फाउन्डेशन" से सिफारिश/सिफारिश प्राप्त की है। यदि "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा मदद नहीं दी जाती है, तो हमें सहायता के अभाव से भरपूर करने का अधिकार सुरक्षित रहता है। इस घोषणा में स्पष्ट किया जाता है कि उपचार/प्रक्रिया का चुनाव हमारे द्वारा ही किया जाता है और "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा किसी भी प्रकार का कोई दखल नहीं है। इसलिए हस्पताल में रोगी को उपचार सुरक्षित और अपने काम के माध्यम से रोगी को स्वस्थ करने की पूरी और "कोशिका" को कोई भी भूमिका या जिम्मेदारी इस मामले में नहीं होगी।
2. "कोशिका फाउन्डेशन" से जो भी सहायता केवल वित्तीय प्रकृति की है। रोगी का हस्पताल द्वारा ही चिकित्सा या चिकित्सा के उपचार/प्रक्रिया का चुनाव हमारे द्वारा ही किया जाता है और "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा किसी भी प्रकार का कोई दखल नहीं है। इसलिए हस्पताल में रोगी को उपचार सुरक्षित और अपने काम के माध्यम से रोगी को स्वस्थ करने की पूरी और "कोशिका" को कोई भी भूमिका या जिम्मेदारी इस मामले में नहीं होगी।

**RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE**

स्वीकृति के लिए संस्तुति

Date of Surgery  
ऑपरेशन की तारीख

5/10/19

Dr. Shubha Mahta  
DMC No. 84798

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

डॉक्टर का नाम व हस्ताक्षर या छाप

Dr. V.P. Thakral

Designation & Stamp of Authorised Signatory  
SHROFF EYE  
A-9, Kirti  
New Delhi

नाम व पद हस्पताल अधिकृत अधिकारी

**FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION**

आन्तरिक उपयोग हेतु

SIGNATURE of TRUSTEE 1  
न्यासी हस्ताक्षर 1

*Shubha Mahta*

SIGNATURE of TRUSTEE 2  
न्यासी हस्ताक्षर 2

*Shubha Mahta*