

| APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE<br>(Healthcare)                         |                         | (स्वास्थ्य देखभाल)                        |        | <br><b>Koshika</b><br>foundation<br><small>Building block of life.</small> |  |
|-------------------------------------------------------------------------|-------------------------|-------------------------------------------|--------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|
| APPLICATION No.: S/10/9/247 (1906/19)                                   |                         | APPLICATION DATE: 7/10/19                 |        |                                                                                                                                                              |  |
| NAME of APPLICANT: MR. HARI RAJ                                         |                         | AGE-YEARS: 70                             |        | SEX: M                                                                                                                                                       |  |
| FATHER'S/SPOUSE'S NAME: Jagat Singh                                     |                         |                                           |        |                                                                                                                                                              |  |
| PRESENT RESIDENCE ADDRESS: 210/4 Sangam Vihar New Delhi                 |                         |                                           |        |                                                                                                                                                              |  |
| PERMANENT RESIDENCE ADDRESS: As Above                                   |                         |                                           |        |                                                                                                                                                              |  |
| OCCUPATION: Unemployed                                                  |                         |                                           |        | MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)                                                                                                                     |  |
| TOTAL ANNUAL INCOME: Rs. 1,20,000/- (Son's Income)                      |                         |                                           |        | (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                                                                                                                                      |  |
| 10                                                                      | Naveesh                 | 65                                        | F      | Wife                                                                                                                                                         |  |
| 11                                                                      | Son                     | 36                                        | M      | Son                                                                                                                                                          |  |
| 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                                                   |                         |                                           |        |                                                                                                                                                              |  |
| "PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE:                                    |                         |                                           |        |                                                                                                                                                              |  |
| Medical Reports/Prescriptions Attached                                  |                         |                                           |        |                                                                                                                                                              |  |
| Sr. No.                                                                 | Diagnosis - RE Cancer   |                                           |        |                                                                                                                                                              |  |
|                                                                         | Symptoms - RE Phacoctol |                                           |        |                                                                                                                                                              |  |
| ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES          |                         |                                           |        |                                                                                                                                                              |  |
| Sr. No.                                                                 | NAME of OTHER SOURCE    | AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILED        |        |                                                                                                                                                              |  |
|                                                                         |                         |                                           |        |                                                                                                                                                              |  |

# 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 & 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 मेरे ज्ञान के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई विवरण सत्य कथन असत्य या झूठ है तो मेरी सहायता निरास हो जा सकती है।
- 2) मैं दृढ़ता से सहायता प्राप्त "कोशिका फाउन्डेशन", से हो या नहीं है, उसका उपयोग वही उद्देश्य की पूर्ति के लिये किया जाएगा, जो इस प्रारूप में मांग किया है।
- 3) मैं यहाँ घोषणा करता हूँ कि मैं किसी सहायता हेतु या उद्देश्य की पूर्ति के लिये, इस राशि का कहीं अन्य या कहीं अन्य सहायता/रोजी/कर्मचारी से न ले लिये हूँ और न ले सकूँगा।

## 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 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 will be final and acceptable to me.

- 1) इस प्रारूप पर अपने हस्ताक्षर या अंगूठे की छाप लगाकर, मैं (आवेदक) अपनी सहमति की पुष्टि करता हूँ एवं "कोशिका फाउन्डेशन और उसके न्यासीय" को अधिकृत करता हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और मेरे विवरण इस प्रारूप में प्रकाशित हैं, उसे "कोशिका" एम्प्लॉयी, दान, समर्थन हेतु उद्देश्य से दुरी गतिविधियों और उपलब्धियों के लिये किसी भी प्रकार माध्यम से प्रकाशित करने के लिये अधिकृत है। मेरी प्रत्येक का विवरण मेरे उद्देश्य के पदों या बाद में करने के लिये "कोशिका फाउन्डेशन" को न्यासीय अधिकृत है।
- 2) मैं (आवेदक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण को किसी सहायता के उद्देश्य से प्रकाशित है मुझे क्या: सहायता का हक्कदार नहीं करता। इस सहमति मैं "कोशिका" एम्प्लॉयी उसके न्यासीय का निर्णय अंतिम और स्वीकार्य मानूँगा।

## APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION :

आवेदक के हस्ताक्षर या अंगूठे का निशान

हरि राव

## 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 की ओर से मामले/रोगी को "कोशिका फाउन्डेशन" से वित्तीय सहायता हेतु सिफारिश को जाते हैं, जिसे हम (हस्पताल) निम्न प्रकार से मान्यता 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 उक्त रोगी/मामले में लेने या ले रहे हैं, जैसे कि हमने "कोशिका फाउन्डेशन" से सिफारिश/निर्णय उक्त के सम्बन्ध में "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा मदद हेतु किया है। यदि "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा सहायता निर्यात/अस्वीकार/कम हेतु मंजूर नहीं किया जाता है तो हस्पताल किसी अन्य और सहायता संगठन या किसी अन्य सहायता से सहायता लेने का अधिकार सुरक्षित रखता है। इस पुष्टि में स्पष्ट कहा जाता है कि हस्पताल द्वितीय पक्ष उक्त रोगी/मामले हेतु किसी और सहायता संगठन या किसी अन्य सहायता से नहीं लेगा/लेगी।
2. "कोशिका फाउन्डेशन" से तो कोई सहायता केवल वित्तीय प्रकृति की है। रोगी पर हस्पताल द्वारा दी गई सलाह या किये गये उपचार/प्रक्रिया का चुनाव रोगी एवं हस्पताल के बीच का निर्णय है और "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई दबाव नहीं है। इसीलिए हस्पताल में रोगी को रखने शुरू और आने जाने की सारी जिम्मेदारी रोगी एवं हस्पताल को रोगी और "कोशिका" को कोई भूमिका या जिम्मेदारी इस मामले में नहीं होगी।

## RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE

स्वीकृति के लिये संस्तुति

|                                    |                                                                                                                         |                                                                                                                                          |
|------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Date of Surgery<br>ऑपरेशन की तारीख | Dr. Anubha Mohla<br>DMC No. 54798<br>Shroff (Name of Dr. & Regn. No. with Stamp)<br>हस्तर की नाम व हस्ताक्षर व रजि. नं. | Dr. V.P. Thakral<br>Authorised Signatory & Stamp of Authorised Signatory<br>SHROFF EYE CENTRE<br>A-9, Kailash Colony<br>New Delhi-110048 |
|------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|

## FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION

आन्तरिक उपयोग हेतु

## SIGNATURE of TRUSTEE 1

न्यासी हस्ताक्षर 1

Safar

## SIGNATURE of TRUSTEE 2

न्यासी हस्ताक्षर 2

Dr. V.P. Thakral