

Del-C-19-P-0465

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE (Healthcare)		Koshika foundation Building block of life.		
APPLICATION No.: <u>Del/1019/0040</u>		APPLICATION DATE: <u>2019.10.03</u>		
NAME of APPLICANT: <u>Babita</u>		AGE-YEARS <u>54</u>	SEX <u>F</u>	
FATHER'S/SPOUSE'S NAME: <u>Subhash</u>		 Pue Post 0040 Babita.		
PRESENT RESIDENCE ADDRESS: <u>Katthi Bhaydhan, Chhaprauli Dahanu</u>				
PERMANENT RESIDENCE ADDRESS: <u>Nagan Bagipat, Uttarakhand</u>				
OCCUPATION: <u>Home Maker</u>				
TOTAL ANNUAL INCOME: <u>35000/-</u>		MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित) <u>NA</u>		
PAN No. <u>SWAI 8888 8888</u>		(Attach Proof of Income) (आप का साक्ष्य संलग्न)		
ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable): क्या आप आय कर दाता हैं (जो मान्य हो उस पर सही का निशान लगावे।)		Yes / No हां / नहीं		
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 सम्बन्ध
1	Guddi		Female	Daughter in law
2	Sumita		Female	Daughter in law
3	Ashish		Male	Brother
4	Deepak		Male	Brother
5	Vijay	12	Male	Grand Son
6	Khushi	1 1/2	Female	Grand daughter
7	Kirika	1 1/2	Female	Grand daughter
BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable) सहायता के लिये विनती आधार				
BPL Card (Attach Card Copy) गरीबी रेखा 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।)	Ration Card (Attach Copy) उपभोक्ता कार्ड (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:				
Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached अस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई प्रतिवेदन सूची संलग्न			
	RE:- Pseudophakia			
	L:- Senile Cataract, Biconvex Black-BB			
	Surgery:- (L) SICS + PCOL			
ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES इस उद्देश्य के हेतु कोई अन्य सहायता किसी अन्य स्रोत से लिया गया है?				
Sr. No. क्रम संख्या	NAME of OTHER SOURCE अन्य स्रोत का नाम	AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILED ली गई सहायता राशी		

DECLARATION by APPLICANT: (अर्शेदक 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-
able 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 comp.

- 1) मैं घोषणा करता हूँ कि इस प्रकरण में विवेचन गये सभी विवरण मेरी जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई विवरण एवं कथन असत्य पाया जाता है तो मेरी सहायता निरस्त
2) मैं इस को सहायता एवम् "कोशिका फाउन्डेशन", से लेता हूँ, इसका उपयोग इसी उद्देश्य को पूर्ण करने के लिये किया जाएगा, जो इस प्रकरण में पत्र किया है।
3) मैं पुष्टि करता हूँ कि मैं सहायता हेतु यह प्रार्थना नहीं कर रहा हूँ, इस सहायता का अतिरिक्त या सहायता किसी अन्य स्रोत/नियोक्ता/बीमा कम्पनी से न तो लिया है और न ही भविष्य में

AGREEMENT by APPLICANT (अर्शेदक 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 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 in this regard will be final and acceptable to me.

1) इस प्रकरण पर अपने हस्ताक्षर या अंगुष्ठ की छाप लगाकर, मैं (अर्शेदक) अपनी सहमति को पुष्टि करता हूँ एवं "कोशिका फाउन्डेशन और इसके न्यासीयों" को अधिकृत करता हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और जो विवरण इस प्रकरण में घोषित है, उसे "कोशिका" एवम् न्यासी, दान, सहायता/या दूसरे उद्देश्य से जुड़ी गतिविधियों और उपलब्धियों के लिये किसी भी प्रकार का प्रचार करने के लिए अधिकृत है। मेरी सहमति का विवरण मेरी हस्ताक्षर के सहित या बाद में करने के लिए "कोशिका फाउन्डेशन" व न्यासी अधिकृत है।

2) मैं (अर्शेदक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण को कि सहायता के उद्देश्य से प्रसारित है मुझे स्वतः सहायता का हक्का नहीं बनता। इस सम्बंध में "कोशिका" एवम् उसके न्यासीयों का निर्णय अंतिम और बाध्यकारी होगा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION:

अर्शेदक के हस्ताक्षर या अंगुष्ठ 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, 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.

इसने अधिकृत, हस्ताक्षर की ओर से घोषित/एंगे की "कोशिका फाउन्डेशन" से वित्तीय सहायता हेतु विनियमित की जाती है, जिसमें हम (हस्पताल) वित्त प्रकरण से फायदा नहीं कर रहे हैं।

1) यह कि न तो वर्तमान और न ही भविष्य में वित्तीय सहायता किसी भी सार्वजनिक संस्थान या किसी अन्य स्रोत से उसका टोटल/आंश से लेने या ले रहे हैं, जैसे कि हमने "कोशिका फाउन्डेशन" से विनियमित/विनियमन के अनुसार "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा पद हेतु किया है। यदि "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा सहायता विनियमित/अधिकृत/सहायता हेतु मंजूर नहीं किया जाता है तो अस्पताल किसी अन्य सार्वजनिक संस्थान या किसी अन्य सहायता से सहायता लेने का अधिकार सुरक्षित रखता है। इस पुष्टि में स्पष्ट कहा जाता है कि अस्पताल किसी भी प्रकार से उस टोटल/आंश हेतु किसी भी सार्वजनिक संस्थान या किसी अन्य सहायता से लेने/ले रहे हैं।

2. "कोशिका फाउन्डेशन" से लेने/ले रहे सहायता केवल वित्तीय प्रकृति की है। हमारे पर हस्ताक्षर द्वारा की गई सहमति या किये गये उपचार/प्रक्रिया का चुनाव हमारी एवं हस्पताल के बीच का विषय है और "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई दबाव नहीं है। इसलिए हस्पताल में हमारे को हस्ताक्षर सुरक्षा और अपने अपने को जारी विनियमन लेनी एवं हस्पताल को कोई और "कोशिका" को कोई पुष्टि या विनियमन इस मामले में नहीं होगी।

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE

स्वीकृति के लिए संस्तुति

Date of Surgery
ऑपरेशन की तारीख
2019-10-04

(Name of Dr. & Regn. No. with Stamp)
डॉक्टर का नाम व हस्ताक्षर के साथ

Dr. Gaurav Bhatia
DOMS, DMC
Comprehensive Ophthalmology
Eye Hospital, Delhi
DMC-7063

(Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory on behalf of Hospital)
हम व पर हस्ताक्षर/अधिकृत/अधिकारी

ANANTANU DAS GUPTA
Hospital & Projects
Eye Hospital

FOR INTERNAL USE OF KOSHIKA FOUNDATION

SIGNATURE of TRUSTEE 1
न्यासी हस्ताक्षर 1

Signature of Trustee 1

SIGNATURE of TRUSTEE 2
न्यासी हस्ताक्षर 2

Signature of Trustee 2