

**APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE**  
 सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

 (Healthcare)  
 (स्वास्थ्य देखभाल)

**Koshika**  
 foundation  
 Building block of life

 APPLICATION No.: N/0614/0287  
 आवेदन संख्या:

 APPLICATION DATE: 03/06/14  
 आवेदन तिथि

 NAME of APPLICANT: Buchi Devi  
 आवेदक का नाम

 AGE-YEARS जाय-वर्ष  
 70

 SEX  
 F

 Preop Postop  
 267 Buchi Devi

 FATHER'S/SOPUSE'S NAME: Babu Narayan Jha  
 पिता/कटुप्प का नाम

PRESENT RESIDENCE ADDRESS वर्तमान अवासीय पता

Village - Karabari, chandi Bazarwami

Mandir, Tehsil - Mohana - Dist Sam

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS: स्थाई अवासीय पता

As above

 OCCUPATION: Pujari (Temple)  
 व्यवसाय

 TOTAL ANNUAL INCOME: Rs 48,000/- (Attach Proof of Income) N/A  
 कुल वार्षिक आय (आय का साक्ष्य संलग्न)

PAN No. स्थाई खाता संख्या N/A

 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 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 | Gender<br>लिंग | Relation with Applicant<br>आवेदक के साथ सम्बन्ध |
|------------------------|---|---------------------|----------------|---|
| 1                      | Kamal Mohan<br>Jha                                | 60                  | M              | SON   |
| 2                      | NHrajha   | 50                  | M              | SON   |
|                        |   |                     |                |   |
|                        |   |                     |                |   |

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

| BPL Card<br>(Attach Card Copy)<br>गरीबी रेषा के नीचे<br>(प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें) | EWS Certificate<br>(Attached Certificate Copy)<br>अन्य आय वर्ग प्रमाण पत्र<br>(प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें) | Ration Card<br>(Attach Copy)<br>उपभोगिता कार्ड<br>(प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें) | Any Other<br>Basis/Proof<br>अन्य कोई साक्ष्य |
|---|---|---|--|
|   |   |   |  |

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

| Sr. No.<br>क्रम संख्या | Medical Reports/Prescriptions Attached<br>अस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई प्रतिवेदन सूची/संलग्न |
|------------------------|--|
| ①                      | Diagnosed: BE - Brown cataract   |
| ②                      | Surgery: RE - ECCEAL   |
|                        |  |
|                        |  |

**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.<br>क्रम संख्या | NAME of OTHER SOURCE<br>अन्य स्रोत का नाम | AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILED<br>ली गई सहायता राशी |
|------------------------|---|---|
| /-                     | Help me see                               | RS 1500/-   |
|                        |   |   |

**DECLARATION by APPLICANT:** आवेदनक द्वारा घोषणा पर:

- 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.
  - 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.
  - 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 प्रपत्र में दिये गये सभी विवरण मेरे ज्ञानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई विवरण एवं कथन असत्य पाया जाता है तो मेरे सहायता निस्सर्वाधिकार/रद्द होगी।  
 2) मैं घोषणा करता हूँ कि मैंने सहायता के लिए "कोशिका फाउन्डेशन", से ली जा रही है, उसका उपयोग उसी उद्देश्य को पूर्ण के लिये किया जाएगा, जिस हेतु इस प्रपत्र में माग किया है।  
 3) मैं घोषणा करता हूँ कि मैंने सहायता हेतु यह वर्तमान विधि को नहीं है, उस राशि का आंशिक या सफल किसी अन्य स्रोत/रोजगार/बिमा कंपनी से न ले लिया है और न ही भविष्य में लूंगा।

**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 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 प्रपत्र पर अपने हस्ताक्षर या अंगूठे का निशान देकर, मैं (आवेदक) अपनी सहमती को पुष्टि करता हूँ अथवा "कोशिका फाउन्डेशन" को अधिकृत करता हूँ कि मेरा नाम पता फोटो और विवरण को इस प्रपत्र में घोषित है, उसका विवरण, "कोशिका फाउन्डेशन" एवम् न्यासी चयन करण/या दूसरे उद्देश्य से चुड़ी गतिविधियां और उपलब्धियों के लिये किसी भी प्रकार माध्यम से प्रसारित करने के लिए अधिकृत है। मेरे प्रपत्र का विवरण मेरे इलाज के पहले या बाद में करने के लिए "कोशिका फाउन्डेशन" न न्यासी अधिकृत है।  
 2) मैं (आवेदक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण को कि सहायता के उद्देश्यों से अनुबंधित है मुझे स्वतंत्रता रूप से सहायता का इच्छा नहीं बनाया। इस संबंध में "कोशिका फाउन्डेशन" एवम् उसके न्यासियों का निर्णय अंतिम होगा जो कि मुझे स्वीकार्य है।

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

आवेदक के हस्ताक्षर या अंगूठे 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, 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 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.

हमारे जम्हूर, हस्ताक्षर/समाप्त/रोगी का "कोशिका फाउन्डेशन" में वित्तीय सहायता हेतु सिफारिश की जाती है, जिसे हम (हस्पताल) द्वारा निम्न प्रकार से मान्य व स्वीकार करते हैं।  
 1) यह है कि न तो वर्तमान और न ही भविष्य में वित्तीय सहायता किसी और सहायता संस्थान या किसी अन्य स्रोत से उक्त रोगी/रोगी के लिये या ले रहे हैं, जैसे कि हमने "कोशिका फाउन्डेशन" से सिफारिश/विधि उक्त के संबंध में "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा माग हेतु कि है। यदि "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा सहायता विधि आंशिक/सफल हेतु मन्सूर नहीं किया जाता है तो अस्पताल किसी अन्य और सहायता संस्था या किसी अन्य सहायता संस्था से सहायता लेने का अधिकार सुरक्षित रखता है। इस पृष्ठ में स्पष्ट कहा जाता है कि अस्पताल द्वितीय मदद उक्त रोगी/रोगी हेतु किसी और सहायता संस्था या किसी अन्य सहायता से नहीं लेगा/लेगी।  
 2. यह कि "कोशिका फाउन्डेशन" से ली गई सहायता केवल वित्तीय प्रकृति की है। रोगी पर हस्पताल द्वारा दिये गये इलाज या किये गये उपचार/प्रक्रिया का विकल्प यह इच्छा/रोगी एवं हस्पताल के मध्य में आधारीत है और "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई दबाव नहीं है। इसलिए हस्पताल पर रोगी के इलाज सुरक्षा और अपने जाने की सारी जिम्मेदारी होगी और "कोशिका फाउन्डेशन" को कोई मुक्ति या जिम्मेदारी इस मामले में नहीं होगी।

|   |  |   |                             |
|---|--|---|-----------------------------|
| <b>RECOMMENDED For (Tick Acceptance or Rejection as applicable)</b><br>संस्तुति (स्वीकृत/निरस्त का निशान लगाये) |  | <b>ACCEPTANCE</b><br>मन्सूर   | <b>REJECTION</b><br>नमन्सूर |
| <b>Date of Surgery</b><br>ऑपरेशन की तारीख   | <b>DR. ABHISHEK B. DAGAR</b><br>MS & JD (Hospital Services)<br>VENU EYE INSTITUTE & RESEARCH CENTRE<br>1/3, Sheikh Sarai Institutional Area,<br>Phase-II, New Delhi - 110017<br>Registration No. : DMC-17300 | <b>TANUJA JOSHI</b><br>Managing Director<br>(Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory on behalf of Hospital) |                             |

FOR INTERNAL USE OF KOSHIKA FOUNDATION **अन्तरिक उपयोग हेतु**

|                              |                            |   |   |  |
|------------------------------|----------------------------|---|---|--|
| <b>SACTIONED</b><br>संस्तुति | <b>REJECTED</b><br>नमन्सूर | <b>SIGNATURE of TRUSTEE 1</b><br>न्यासी हस्ताक्षर 1 | <b>SIGNATURE of TRUSTEE 2</b><br>न्यासी हस्ताक्षर 2 | <b>DATE of DECISION</b><br>निर्णय तिथि |
|                              |                            |   |   |  |