

## APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE

सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)

(स्वास्थ्य देखभाल)

Koshika  
foundation

Building Block of life

APPLICATION No.: 5/10/17/263 (1020/17)

APPLICATION DATE: 10/10/17

NAME of APPLICANT:

आवेदक का नाम

SHANTI DEVI

AGE-YEARS आयु वर्ष

60y

SEX लिंग

F.

FATHER'S/SPOUSE'S NAME:

पिता/पत्न्य का नाम

Madhukant Mishra

PRESENT RESIDENCE ADDRESS वर्तमान आवास का

438, Gushi Colony New Delhi

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS: स्थाई आवास का पता

As Above

OCCUPATION:

व्यवसाय

Housewife

MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)

TOTAL ANNUAL INCOME:

कुल वार्षिक आय

Rs. 90,000/- (Family Income)

(Attach Proof of Income)

(आय का सबूत संलग्न करें)

PAN No. खाता संख्या

ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable):

क्या आप आय कर दाता हैं (जो मान्य हो उस पर सही का निशान लगाएं)

Yes / No

हां / 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 संबंध |
|------------------------|---------------------------------------------------|----------------------------|----------------|-----------------------------------------------|
| ①                      | Madhukant Mishra                                  | 65                         | M              | Husband                                       |
| ②                      | Sukhesh Kumar                                     | 35                         | M              | Son                                           |
|                        |                                                   |                            |                |                                               |
|                        |                                                   |                            |                |                                               |
|                        |                                                   |                            |                |                                               |
|                        |                                                   |                            |                |                                               |
|                        |                                                   |                            |                |                                               |
|                        |                                                   |                            |                |                                               |

BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable)

सहायता के लिए निम्न आधार

|                                                                                                         |                                                                                                                 |                                                                                       |                                           |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------|
| BPL Card<br>(Attach Card Copy)<br>भारतीय रोज के नीचे प्रमाण पत्र<br>(प्रमाण पत्र को साथ ही संलग्न करें) | EWS Certificate<br>(Attach Certificate Copy)<br>अल्प आय वर्ग प्रमाण पत्र<br>(प्रमाण पत्र को साथ ही संलग्न करें) | Ration Card<br>(Attach Copy)<br>उपभोक्ता कार्ड<br>(प्रमाण पत्र को साथ ही संलग्न करें) | Any Other<br>Basis/Proof<br>अन्य कोई सबूत |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------|

"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE:

सहायता हेतु किये गये किसी का उद्देश्य:

| Sr. No.<br>क्रम संख्या | Medical Reports/Prescriptions Attached<br>अस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई प्रतिवेदन सूची संलग्न |
|------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------|
|                        | Drug:- (RE) Cardamom                                                                         |
|                        | Syr:- (RE) Phlox + 10L                                                                       |
|                        |                                                                                              |
|                        |                                                                                              |
|                        |                                                                                              |
|                        |                                                                                              |
|                        |                                                                                              |
|                        |                                                                                              |
|                        |                                                                                              |

ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES

इस उद्देश्य के हेतु कोई अन्य सहायता किसी अन्य स्रोत से मिल गया है?

| Sr. No.<br>क्रम संख्या | NAME of OTHER SOURCE<br>अन्य स्रोत का नाम | AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILED<br>लगे गई सहायता राशि |
|------------------------|-------------------------------------------|----------------------------------------------------------|
|                        |                                           |                                                          |
|                        |                                           |                                                          |
|                        |                                           |                                                          |
|                        |                                           |                                                          |

**DECLARATION by APPLICANT: आवेदनक 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 घोषणा करता हूँ कि इस प्रत्यक्ष में दिये गये सभी विवरण मेरी जानकारी के अनुसार सच एवं सही हैं। यदि कोई विवरण एवं कथन असत्य पाया जाता है तो मेरी सहायता निरस्त की जा सकती है।
- 2) मैं घोषणा करता हूँ कि "कोशिका फाउण्डेशन", से जो मदद मिलेगी, उसका उपयोग इस उद्देश्य को पूर्ण करने के लिये किया जाएगा, जो इस प्रत्यक्ष में भरा गया है।
- 3) मैं घोषणा करता हूँ कि मैं किसी भी अन्य स्रोत, मेरे नियोक्ता या किसी अन्य प्रोव्हाइडर/बीमा कंपनी से न कोई रीबर्समेंट ले रहा हूँ और न ही भविष्य में लूँगा।

**AGREEMENT by APPLICANT (आवेदनक द्वारा स्वीकार)**

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 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 in this regard will be final and acceptable to me.

- 1) इस प्रत्यक्ष पर अपने हस्ताक्षर या अंगुली के छाप लगाकर, मैं (आवेदनक) आवेदनक स्वीकार करता हूँ एवं "कोशिका फाउण्डेशन और उसके ट्रस्टी" को अधिकृत करता हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और जो विवरण इस प्रत्यक्ष में घोषित है, उसे "कोशिका" द्वारा नाम, पता, फोटो तथा दूसरे उद्देश्य से मुझे जानकारी देने और जानकारी के लिये किसी भी प्रकार का प्रचार करने के लिये प्रयोग किया जा सकता है। मैं स्वीकार करता हूँ कि इस प्रचार के विवरण में इसका उपयोग करने या न करने के लिए "कोशिका फाउण्डेशन" का ट्रस्टी अधिकृत है।
- 2) मैं (आवेदनक) इस प्रत्यक्ष से स्वीकार करता हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण जो कि सहायता के उद्देश्य से प्रेषित है मुझे स्वतः सहायता का हक्क नहीं बनाता। इस सहायता में "कोशिका" द्वारा उक्त विवरणों का प्रयोग अंतर्गत और अभ्युपयोगी होगा।

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

आवेदनक के हस्ताक्षर या बाएं अंगुली का निशान



(Shanti Devi)

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

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 करने वाले और से सम्बन्धित को "कोशिका फाउण्डेशन" से वित्तीय सहायता हेतु सिफारिश को ज्ञात है, जिसे हम (हस्पताल) निम्न प्रकार से स्वीकार करते हैं।

- 1) कि हम न तो वर्तमान और न ही भविष्य में वित्तीय सहायता किसी और सहायता से किसी अन्य स्रोत से प्राप्त करेंगे/प्राप्त करेंगे, जो कि हमने "कोशिका फाउण्डेशन" से सिफारिश/निर्देश प्राप्त करने के लिये "कोशिका फाउण्डेशन" द्वारा प्रस्तावित किया है। यदि "कोशिका फाउण्डेशन" द्वारा सहायता निर्दिष्ट अधिक/समय हेतु सन्तुष्ट नहीं किया जाता है तो हस्पताल किसी अन्य स्रोत से सहायता प्राप्त करने का अधिकार सुरक्षित रखता है। इस दस्तावे में स्पष्ट कहा जाता है कि हस्पताल वित्तीय मदद प्राप्त करने/प्राप्त करने के लिये और सहायता से किसी अन्य स्रोत से नहीं लेगा/लेगी।
- 2) "कोशिका फाउण्डेशन" से जो मदद सहायता केवल वित्तीय प्रकृति की है। रोगी पर हस्पताल द्वारा दी गई सलाह या चिकित्सा उपचार/प्रक्रिया का चुनाव रोगी एवं हस्पताल के बीच का विषय है और "कोशिका फाउण्डेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई दबाव नहीं है। इसलिए हस्पताल में रोगी के इलाज सुरक्षित और आगे जाने की सारी जिम्मेदारी रोगी एवं हस्पताल को होगी 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

10/10/17

Dr. Shobha Mehta

DMC No. 64798

(Name of Dr. &amp; Regn. No. with Stamp)

Chro. Eye Cent.

दृष्टि के रोगों के हस्ताक्षर व मुद्रा

Dr. V.P. Thakral

Medical Superintendent, Stamp of Authorised Signatory

SHROFF EYE CENTRE (on behalf of Hospital)

A-9, Kailash Colony

New Delhi-110 048

हस्पताल के अधिकृत अधिकारी

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION

अन्तर्गत उपयोग हेतु

SIGNATURE of TRUSTEE 1

न्यासी हस्ताक्षर 1

SIGNATURE of TRUSTEE 2

न्यासी हस्ताक्षर 2