

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE सहायता हेतु आवेदन प्रारूप		(Healthcare) (स्वास्थ्य देखभाल)		 Koshika foundation Building Block of life	
APPLICATION No.: S/0118/378 (25/18) आवेदन संख्या :		APPLICATION DATE: 13/1/18 आवेदन तिथि			
NAME of APPLICANT: MA B.B. Nautiyal आवेदक का नाम		AGE-YEARS 62 वर्ष उम्र		SEX M लिंग	
FATHER'S/SPOUSE'S NAME: Lt. R.K. Nautiyal पिता/हusband का नाम					
PRESENT RESIDENCE ADDRESS वर्तमान आवास पता 3/274, Narshin Puri New Delhi					
PERMANENT RESIDENCE ADDRESS: स्थायी आवास पता As Above					
OCCUPATION: Unemployed व्यवसाय				MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)	
TOTAL ANNUAL INCOME: Rs. 90,000/- (Family Income) कुल वार्षिक आय				(Attach Proof of Income) — (आय का साक्ष्य संलग्न करें)	
PAN No. नहीं है					
ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable): क्या आप आय कर दाता हैं (जो मान्य हो उस पर खूनी का निशान लगाएं)					
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	Shanti Devi	60	F	Wife	
②	Akash	30	M	Son	
BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable) सहायता के लिये विधि आधार					
☐ BPL Card (Attach Card Copy) गरीबी रक्षा के नीचे प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की उपाय प्रति संलग्न करें)		☐ EWS Certificate (Attach Certificate Copy) अल्प आय वर्ग प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की उपाय प्रति संलग्न करें)		☐ Ration Card (Attach Copy) उपभोग कार्ड (उपभोग पत्र की उपाय प्रति संलग्न करें)	
☐ Any Other Basis/Proof अन्य कोई साक्ष्य					
"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE: सहायता हेतु किसे गये निम्न का उद्देश्य:					
Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached अस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई प्रतिवेदन सूची संलग्न				
	Drug :- RE Carcinoma				
	Surge :- (RE) Phaco + IOL				
ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES इस उद्देश्य को हेतु कहीं 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 लेई गई सहायता राशि	
	NIL				

DECLARATION by APPLICANT: अभ्येक्षक 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 प्रपत्र में दिये गये सभी विवरण मेरी जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई विवरण एवं कथन असत्य पाया जाता है तो मेरी सहायता निरस्त की जा सकती है।
- 2) मैं इससे घोषणा करता हूँ कि "कोशिका फाउन्डेशन", से जो भी मदद मिले, उसका उपयोग उन्हीं उद्देश्यों के लिये किया जाएगा, जो इस प्रपत्र में पत्र किया है।
- 3) मैं यहाँ घोषणा करता हूँ कि मैं किसी सहायता हेतु बाद में अन्यत्र से भी मदद नहीं लेऊँगा, जो कि मेरे लिये आवश्यक है और न ही भविष्य में ऐसा करूँगा।

AGREEMENT by APPLICANT (अभ्येक्षक 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 की छाप लगाकर, मैं (अभ्येक्षक) अपनी जानकारी की पुष्टि करता हूँ एवं "कोशिका फाउन्डेशन और उसके न्यायीयों" को अधिकृत करता हूँ कि वे मेरा नाम, पता, फोटो और ये विवरण इस प्रपत्र में बर्णित हैं, उसे "कोशिका" एम्वू न्यासी, डॉ. वसन्तलाल श्रुद्धी उद्देश्यों से मुझे नर्सिंग/चिकित्सा और उपलब्धियों के लिये किसी भी प्रकार माध्यम से प्रसारित करने के लिए अधिकृत हैं। मेरे प्रपत्र का निष्पत्ति मेरे स्वास्थ्य के प्रति मेरे बाद में करने के लिए "कोशिका फाउन्डेशन" या न्यासी अधिकृत है।
- 2) मैं (अभ्येक्षक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण को कि सहायता के उद्देश्यों से प्रसारित है मुझे स्वतः सहायता का हक्क नहीं करता। इस सम्बंध में "कोशिका" एम्वू उसके न्यायीयों का निर्णय अंतिम और स्वीकार्य होगा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION :

अभ्येक्षक को हस्ताक्षर या अंगूठे का निशान


AGREEMENT by HOSPITAL (हस्ताक्षर 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 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.

इससे अधिकृत, हमारा यहाँ की ओर से घोषणा/रोगी को "कोशिका फाउन्डेशन" से वित्तीय सहायता हेतु सिफारिश की जाती है, जिसे हम (हमारा) निम्न प्रकार से मान्य न स्वीकार करते हैं।

- 1) यह कि न तो वर्तमान और न ही भविष्य में किसी सहायता किसी और सहायता के अभाव में किसी अन्य स्रोत से मदद लेनी/प्राप्त करने में लगे या तो हो रहे हैं, जैसे कि हमने "कोशिका फाउन्डेशन" से सिफारिश/विनिर्दिष्ट मदद को स्वीकार है। "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा मदद देना कि है। यदि "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा सहायता निर्दिष्ट नहीं/असहमत हेतु मंजूर की किसे कहा है तो अस्पताल किसी अन्य और सहायता मांगता कि किसी अन्य सहायता से सहायता लेने का अधिकार सुरक्षित रखता है। इस दृष्टि में स्पष्ट पता चलता है कि अस्पताल द्वितीय पक्ष उन्हीं लेनी/प्राप्त करने हेतु किसी और सहायता लेना कि किसी अन्य सहायता से नहीं लेनी/प्राप्त करेगा।
2. "कोशिका फाउन्डेशन" से जो भी मदद सहायता केवल वित्तीय प्रकृति को है। रोगी का हस्ताक्षर द्वारा जो भी मदद सहायता किसे एवं उपचार/प्रक्रिया का चुनाव लेनी एवं हस्ताक्षर को बीच का विषय है और "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा किसी प्रकार कि कोई दायित्व नहीं है। इसलिए हस्ताक्षर में रोगी को हस्ताक्षर सुरक्षा और अपने नाम की सभी जिम्मेदारियाँ लेनी एवं हस्ताक्षर की रोगी और "कोशिका" को कोई दायित्व कि जिम्मेदारियाँ इस मामले में नहीं होगी।

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE

स्वीकृति के लिए हस्ताक्षर

Date of Surgery
ऑपरेशन की तारीख

13/1/18

Dr. Anil K. Mehta
DMC No. 64795

Dr. Anil K. Mehta & Reg. No. with Stamp
हस्ताक्षर का नाम व हस्ताक्षर व रजि. नं.

Dr. V.P. Thakral

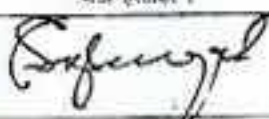
Medical Superintendent & Stamp of Authorised Signatory
SHROFF EYE CENTRE
A-9, Kallash Colony
New Delhi-110 065
हस्ताक्षर अधिकृत अधिकारी

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION

अन्तर्गत उपयोग हेतु

SIGNATURE of TRUSTEE 1

न्यासी हस्ताक्षर 1



SIGNATURE of TRUSTEE 2

न्यासी हस्ताक्षर 2

