

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE (Healthcare)		(स्वास्थ्य देखभाल)					
APPLICATION No. : 5/0118/384 (12/01/17)		APPLICATION DATE : 16/1/18					
NAME of APPLICANT : Kedar Lal		AGE YEARS : 62	SEX : M				
FATHER'S/SPOUSE'S NAME : Late Jaleem Singh							
PRESENT RESIDENCE ADDRESS : D-162, Bhumiheer Camp Gurgaon N.D.							
PERMANENT RESIDENCE ADDRESS : As Above							
OCCUPATION : Unemployed		MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)					
TOTAL ANNUAL INCOME : Rs. 82,000/- (Family Income)		(Attach Proof of Income)					
PAN No. : [Blank]							
ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable): Yes () No (X)							
FAMILY DETAILS							
Sr. No.	Name of Family Member	Age (Years)	Gender	Relation with Applicant			
1	Gyanwati	60	F	Wife			
2	Charan Singh	40	M	Son			
3	Prabha	30	F	Daughter			
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	
[Blank]		[Blank]		[Blank]		[Blank]	
"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE:							
Medical Reports/Prescriptions Attached							
Diag: (R) Cataract							
Sur:- (R) FCF +10L							
ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES							
NAME of OTHER SOURCE							
AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILED							
[Blank]							

DECLARATION by APPLICANT: आवेदक द्वारा घोषणा पर:

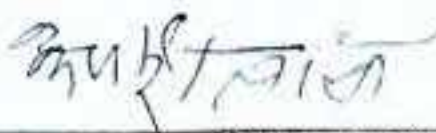
- 1) I hereby confirm that all details in this Form are true to the best of my knowledge. Any false statement will render my Application & ongoing assistance, if any, liable for rejection/cancellation.
- 2) I solemnly confirm that assistance, if received from Koshika Foundation, will be used only for 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 प्रारूप में दिये गये सभी विवरण मेरी जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई कथित सत्य वास्तविकता से भिन्न प्रतीत होता है तो मेरी सहायता निरस्त की जा सकती है।
- 2) मैं दृढ़ता से घोषणा करता हूँ कि "कोशिका फाउंडेशन", से जो भी सहायता मिले, उसका उपयोग केवल उद्देश्य की पूर्ति के लिये किया जाएगा, जो इस प्रारूप में बताया गया है।
- 3) मैं यहाँ घोषणा करता हूँ कि मैं किसी भी अन्य स्रोत, मेरे नियोक्ता या किसी भी अन्य बीमा कंपनी से न तो रिफंड ले रहा हूँ और न ही भविष्य में लूँगा।

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 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 प्रारूप पर अपने हस्ताक्षर या अंगूठे की छाप लगाकर, मैं (आवेदक) अवश्य स्वीकृति की पुष्टि करता हूँ एवं "कोशिका फाउंडेशन और उसके न्यासी" को अधिकृत करता हूँ कि वे मेरा नाम, पता, फोटो और मेरे विवरण इस प्रारूप में घोषणा करें, उसे "कोशिका" एम्ब्लम, तस्वीर, चित्र, चित्रण, छवि, उद्देश्य से मुद्रित, प्रकाशित, प्रसारित और अन्य माध्यमों के द्वारा बिना किसी भी प्रकार के भुगतान के प्रसारित करने के लिए अधिकृत हैं। ये प्रारूप का उपयोग मेरे इलाज के पहले या बाद में करने के लिए "कोशिका फाउंडेशन" व न्यासी अधिकृत है।
- 2) मैं (आवेदक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण जो कि सहायता के उद्देश्यों से प्रकाशित हैं उनके द्वारा सहायता का इस्तेमाल नहीं करता इस सम्बंध में "कोशिका" एम्ब्लम, तस्वीर, चित्र, चित्रण और अन्य माध्यमों द्वारा।

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 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 माफ़ते/रंगी को "कोशिका फाउंडेशन" से वित्तीय सहायता हेतु सिफारिश की जाती है, जिसे हम (हस्पताल) बिना किसी भी प्रकार से मान्य व स्वीकार करते हैं।

- 1) यह कि न तो वर्तमान और न ही भविष्य में वित्तीय सहायता किसी भी अन्य स्रोत से प्राप्त होगी/मान्यता में ली जायेगी, जैसे कि हमने "कोशिका फाउंडेशन" से सिफारिश/सिफारिश द्वारा के सम्बंध में "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा माफ़ते हेतु कि है। यदि "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा सहायता बिना अधिकृत/माफ़ते हेतु मंजूर नहीं किया जाता है तो हस्पताल किसी अन्य स्रोत से सहायता लेने का अधिकार सुरक्षित रखता है। इस पुष्टि से स्पष्ट होता है कि हस्पताल द्वारा माफ़ते हेतु सहायता के लिए सिफारिश करने का किसी अन्य स्रोत से नहीं लेना/लेना।

2. "कोशिका फाउंडेशन" से ली गई सहायता केवल वित्तीय प्रकृति की है। रंगी पर हस्पताल द्वारा की गई सलाह या किसी भी उपचार/प्रक्रिया का चुनाव रंगी एवं हस्पताल के बीच का निर्णय है और "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई दबाव नहीं है। इसीलिए हस्पताल में रंगी के इलाज का फैसला और अन्य बातें की पूरी जिम्मेदारी रंगी एवं हस्पताल की होगी और "कोशिका" की कोई भी भूमिका व जिम्मेदारी इस मामले में नहीं होगी।

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE

स्वीकृति के लिए संस्तुति

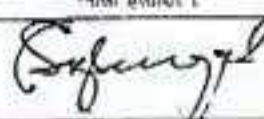
Date of Surgery ऑपरेशन का तारीख 16/1/18	 Dr. Shubha Mehta Dr SK-550 (Name of Dr. & Regn. No. with Stamp) Dr KAZAL इलाज का नाम व हस्ताक्षर व रजि. नं.	 Dr. V.P. Thakral Medical Superintendent & Stamp of Authorised Signatory SHROFF EYE CENTRE (Name of Hospital) A-9, Kailash Colony, New Delhi-110 048 हस्ताक्षर अधिकृत अधिकारी
---	---	---

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION

अन्तरिक उपयोग हेतु

SIGNATURE of TRUSTEE 1

न्यासी हस्ताक्षर 1


SIGNATURE of TRUSTEE 2

न्यासी हस्ताक्षर 2

