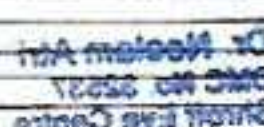


APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE सहायता हेतु आवेदन प्रारूप		(Healthcare) (स्वास्थ्य देखभाल)		 Koshika foundation Building Block of life	
APPLICATION No.: 5/0118/405 (138/18) आवेदन संख्या:		APPLICATION DATE: 31/01/18 आवेदन तिथि			
NAME OF APPLICANT: Most Ranjan Kumar आवेदक का नाम		AGE-YEARS आयु-वर्ष 15	SEX लिंग M		
FATHER/SPOUSE'S NAME: Amarpal पिता/पत्नी का नाम					
PRESENT RESIDENCE ADDRESS वर्तमान आवासीय पता H.No - 51 Musapuri Nagar, New Delhi					
PERMANENT RESIDENCE ADDRESS स्थायी आवासीय पता As Above					
OCCUPATION: Student व्यवसाय			MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)		
TOTAL ANNUAL INCOME: Rs. 85,000/- (Family Income) कुल वार्षिक आय			(Attach Proof of Income) --- (आय का साक्ष्य संलग्न)		
PAN No. इमाई खात 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. 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	Amarpal	45	M	Father	
2	Ranjana	40	F	Mother	
BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable) सहायता के लिये जिनति आधार					
BPL Card (Attach Card Copy) गरीबी रेशा के नीचे प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की छापी प्रति संलग्न करें)		EWS Certificate (Attach Certificate Copy) अल्प आय वर्ग प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की छापी प्रति संलग्न करें)		Ration Card (Attach Copy) उपभोक्ता कार्ड (प्रमाण पत्र की छापी प्रति संलग्न करें)	
Any Other Basis/Proof अन्य कोई साक्ष्य					
"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE: सहायता हेतु किसे गये निम्नी का उद्देश्य:					
Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached अस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई प्रतिवेदन सूची संलग्न				
1	Diagn. RE Cataract + Retinal Detachment				
2	Suric Vitrectomy + Phaco + IOL				
 Dr. Anil Kumar 12052 08 080 31000 08 080					
ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES इस उद्देश्य के हेतु कोई अन्य सहायता किसे 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 राशि		
1	NIL				

DECLARATION by APPLICANT: अभ्यर्थक 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 प्रकरण में दिये गये सभी विवरण मेरी जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई विवरण एवं/अथवा सहायता प्राप्त करता है तो मेरी सहायता निरस्त की जा सकती है।
- 2) मेरे द्वारा जो सहायता प्राप्त "कोशिका फाउन्डेशन", से की जा रही है, उसका उपयोग उभी उद्देश्य की पूर्ति के लिये किया जाएगा, जो इस प्रकरण में कर रहा है।
- 3) मैं पुनः कहता हूँ कि मैं इस सहायता हेतु वह प्रत्येक को नहीं दूँ, जो याता या अतिरिक्त या सहायता निम्न अन्य स्रोत/नियोक्ता/बीमा कम्पनी को न हो लिये है और न ही भविष्य में लूँगा।

AGREEMENT by APPLICANT (अभ्यर्थक 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 is this regard will be final and acceptable to me.
- 1) इस प्रकार जब उपरोक्त करार या करार की कृपा लगाकर, मैं (अभ्यर्थक) अपनी सहमति को प्रकट करता हूँ एवं "कोशिका फाउन्डेशन और उसके त्रुस्टियों" को अधिकृत करता हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और जो विवरण इस प्रकरण में घोषित है, उसे "कोशिका" एम्प्लॉय, बताना, प्रकाशित करने के माध्यम से प्रचारित करने के लिए उपयोग करेगा। इस प्रकरण में सहायता के लिये "कोशिका फाउन्डेशन" न जारी किया जायेगा।
- 2) मैं (अभ्यर्थक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण जो कि सहायता के उद्देश्य से प्रकट है मुझे स्वतः सहायता का इन्कार नहीं करता। इस सम्बंध में "कोशिका" एम्प्लॉय उसके त्रुस्टियों का निर्णय अंतिम और अप्रकारणी होगा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION :

अभ्यर्थक की हस्ताक्षर या बाईं 엄ठ का निशान

31/01/13

(Mr. Amarjit Jethwa)

Mas+ Rajan Kumar

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.

इससे अधिकृत, हस्ताक्षर को और से मामले/रोगी को "कोशिका फाउन्डेशन" से वित्तीय सहायता हेतु सिफारिश की जाती है, बिना इस (हस्पताल) निम्न प्रकार से मान्यता स्वीकार करते हैं।

1) यह कि न तो वर्तमान और न ही भविष्य में वित्तीय सहायता किसी और सहायता संगठन या किसी अन्य स्रोत से प्राप्त होगी/प्राप्त होगी या से रहे, जैसे कि हमने "कोशिका फाउन्डेशन" से सिफारिश/निर्देशों के सम्बंध में "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा मदद हेतु कि है। यदि "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा सहायता निरस्त/अंशिक/पूर्ण रूप से नहीं दी जाती है तो हस्पताल किसी अन्य स्रोत/नियोक्ता/बीमा कम्पनी से सहायता लेने का अधिकार सुरक्षित रखता है। इस दृष्टि में स्पष्ट कहा जाता है कि हस्पताल पूर्ण रूप से रोगी/मार्गों हेतु निराली है।

2. "कोशिका फाउन्डेशन" से ही कोई सहायता केवल वित्तीय प्रकृति की है। रोगी पर हस्पताल द्वारा कोई भी सलाह या कोई भी उपचार/प्रक्रिया का चुनाव रोगी एवं हस्पताल के बीच का विषय है और "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई रक्षा नहीं है। इसलिए हस्पताल में रोगी को इलाज प्राप्त और करने करने को सभी जिम्मेदारियों रोगी एवं हस्पताल की होती हैं और "कोशिका" की कोई भी भुक्तिका या जिम्मेदारियों इस मामले में नहीं होगी।

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE

स्वीकृति के लिए संस्तुति

Date of Surgery

ऑपरेशन की तारीख

31/01/13

Dr. Noolam Atri

DMC No. 32537

(Name of Dr. Noolam Atri with Stamp)

Shree Eye Centre

Dr. N.A.

Dr. V.P. Thakral

Medical Superintendent

SHREE EYE CENTRE & Stamp of Authorised Signatory

A-9, Kailash Colony, New Delhi-110048

New Delhi-110048

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION

अन्तरिक उपयोग हेतु

SIGNATURE of TRUSTEE 1

न्यासी हस्ताक्षर 1

Safarpur

SIGNATURE of TRUSTEE 2

न्यासी हस्ताक्षर 2

Safarpur