

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE
सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)
(स्वास्थ्य देखभाल)



APPLICATION NO. : 510718/172 (708/18)	APPLICATION DATE : 23/7/18
---------------------------------------	----------------------------

NAME of APPLICANT : आवेदक का नाम	Karnela	AGE-YEARS आयु वर्ष	64	SEX लिंग	F
-------------------------------------	---------	--------------------	----	----------	---

FATHER'S/SPOUSE'S NAME : Ground tal
पिता/पत्नी का नाम

PRESENT RESIDENCE ADDRESS वर्तमान आवासीय पता
C-62, Dayanand Colony Gurgaon Haryana N.D.

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS - 2001 2001 2001



OCCUPATION : <u>Housewife</u>	MARRIED (স্বামীর) / UNMARRIED (অস্বামীর)
-------------------------------	--

TOTAL ANNUAL INCOME : कुल वार्षिक आय	Rs. 95,000/- (Family Income)	(Attach Proof of Income) _____ (आय का प्रमाण संलग्न)
---	------------------------------	---

PAN No. RPAAA 5684A 5684A

ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable):
 Yes ☒ No ☐
 हाँ / नहीं

[illegible]

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

BPL Card (Attach Card Copy)	EWS Certificate (Attach Certificate Copy)	Ration Card (Attach Copy)	Any Other Basis/Proof
कृपया रेखा को नीचे प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें)	कृपया एक्स को नीचे प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें)	उपभोक्ता कार्ड (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें)	अन्य कोई रास्ता

"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE:
उपस्थापना हेतु किने गये किर्ता का उद्देश्य:

[illegible]

ASSISTANCE BEING AVAILABLE FOR SAME "PURPOSE" FROM OTHER SOURCES

[illegible]

DECLARATION by APPLICANT: आवेदक द्वारा घोषणा कर:

- 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 झूठा बयान एवं गलत असर माया जाता है तो मेरी सहायता निरस्त की जा सकती है।
- 2) मेरे द्वारा जो सहायता प्रति "कोशिका फाउन्डेशन", से ली जा रही है, उसका उपयोग उसी उद्देश्य की पूर्ति के लिये किया जाएगा, जो इस प्रकरण में माया गया है।
- 3) मैं पुष्टि करता हूँ कि मैंने भविष्य में किसी भी प्रकार से भुगतान/रोक/बचत/अन्य कंपनी से न तो भुगतान है और न ही भविष्य में भुगतान

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 प्रकरण पर अपने हस्ताक्षर या अंगूठे की छाप लगाकर, मैं (आवेदक) अपनी सहमति को पुष्टि करता हूँ एवं "कोशिका फाउन्डेशन और उसके न्यासी" को अधिकृत करता हूँ कि वे मेरा नाम, पता, फोटो और जो विवरण इस प्रकरण में घोषित है, उसे "कोशिका" एनएनडी, दान, चर्चा/प्रचार इसके उद्देश्य से जुड़ी चर्चा/प्रचार और उपलब्धियों के लिये किसी भी प्रकार माध्यम से प्रसारित करने के लिए अधिकृत है। मेरे प्रकरण का विवरण मेरे इलाज के पढ़ने या खर्च से करने के लिए "कोशिका फाउन्डेशन" से माया अधिकृत है।

2) मैं (आवेदक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण जो कि सहायता के उद्देश्य से घोषित है मुझे स्वतः सहायता का हक्क नहीं बनाता। इस सम्बंध में "कोशिका" एनएनडी उसके न्यासियों का निर्णय अंतिम और मायाकारी होगा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION :

आवेदक को हस्ताक्षर या अंगूठे का निशान

(Signature)

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.

हमने अधिकृत, हस्ताक्षर की ओर से मामले/रोगी को "कोशिका फाउन्डेशन" से वित्तीय सहायता हेतु सिफारिश की जाती है, जिसे हम (हस्पताल) निम्न प्रकार से मान्य व स्वीकार करते हैं:

1) यह कि न तो वर्तमान और न ही भविष्य में वित्तीय सहायता किसी भी सहायक संस्थान या किसी अन्य स्रोत से उम्मा सहायता से ली जा रही है, जैसे कि हमने "कोशिका फाउन्डेशन" से सिफारिश/अनुमति इस के सम्बंध में "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा माया हेतु कि है। यदि "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा सहायता वित्ति अधिकृत करता है, तो हमें माया नहीं दिया जाता है तो अगला बिना अन्य किसी सहायक संस्थान या किसी अन्य स्रोत/संस्था से सहायता लेने का अधिकार सुरक्षित रहता है। इस पुष्टि में स्पष्ट कहा जाता है कि अगला बिना किसी माया हेतु कि है।

2. "कोशिका फाउन्डेशन" से ली गई सहायता केवल वित्तीय प्रकृति की है। रोगी पर हस्पताल द्वारा दी गई सलाह या किये गये उपचार/प्रक्रिया का चुनाव रोगी एवं हस्पताल के बीच का विषय है और "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई दखल नहीं है। इसलिए हस्पताल में रोगी के इलाज सुरक्षा और अन्य चीजों की सही जिम्मेदारी रोगी एवं हस्पताल की होगी और "कोशिका" को कोई भी जिम्मेदारी इस मामले में नहीं होगी।

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE

स्वीकृति के लिए संमति

Date of Surgery
ऑपरेशन की तारीख

23/1/18

Dr. Shikha Mehta
DMC No: 64798

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

डाक्टर का नाम व हस्ताक्षर व रजि. नं.

Dr. V.P. Thakral

Medical Superintendent & Stamp of Authorised Signatory
SHROFF EYE CENTRE
(on behalf of Hospital)

A-9, Kallash, New Delhi-110016

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION

अन्तरिक उपयोग हेतु

SIGNATURE of TRUSTEE 1

न्यासी हस्ताक्षर 1

(Signature)

SIGNATURE of TRUSTEE 2

न्यासी हस्ताक्षर 2

(Signature)