

**APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE**  
सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)  
(स्वास्थ्य देखभाल)



APPLICATION No: S10018/221 (177/18)  
आवेदन संख्या :

APPLICATION DATE: 27/8/18  
आवेदन तिथि

NAME of APPLICANT:

आवेदक का नाम **MRS. MILAWATI**

AGE-YEARS आयु वर्ष

52

SEX लिंग

F

FATHER'S/SPOUSE'S NAME:

पिता/सहोदर का नाम **Jagmohan Singh**

PRESENT RESIDENCE ADDRESS वर्तमान आवास पता

**E- KA 1108, Sangam Vihar New Delhi**

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS: स्थायी आवास पता

**As Above**



OCCUPATION: **Housewife**  
व्यवसाय

MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)

TOTAL ANNUAL INCOME: **Rs. 1.20 Lacs (Family Income)**  
कुल वार्षिक आय

(Attach Proof of Income) —  
(आप का साक्ष्य संलग्न)

PAN No. स्वयं खाता संख्या —

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

Yes (No)  
हां / नहीं

क्या आप आय कर दाता हैं (जो मान्य हो उस पर सही 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 संबंध
1	Jagmohan Singh	55	M	Husband
2	Gajraj	30	M	Son
3	Deepu	25	M	1
4	Ravi	22	M	1

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

BPL Card (Attach Card Copy) गरीबी रेशम के नीचे प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की सहा प्रति संलग्न करें)	EWS Certificate (Attach Certificate Copy) आय अल्प वर्ग प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की सहा प्रति संलग्न करें)	Ration Card (Attach Copy) उपभोक्ता कार्ड (प्रमाण पत्र की सहा प्रति संलग्न करें)	Any Other Basis/Proof अन्य कोई साक्ष्य
--	--	--	--

"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE:  
सहायता हेतु किये गये निम्नो का उद्देश्य:

Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached मस्तराज/टीकर से जारी की गई प्रतिवेदन सूची संलग्न
	<b>Diagnis LE Cataract</b>
	<b>Sus LE Phacotol</b>

ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES  
इस उद्देश्य के हेतु कोई अन्य सहायता किसी अन्य स्रोत से लिये गया है?

Sr. No. क्रम संख्या	NAME of OTHER SOURCE अन्य स्रोत का नाम	AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILED उस स्रोत से प्राप्त राशि
<b>Nil</b>		

**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 प्रत्यक्ष में दिये गये सभी विवरण मेरी जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही है। यदि कोई निरवयव एवं कथन असत्य पाया जाता है तो मेरी सहायता निरस्त की जा सकती है।  
 2) मेरी दृढ़ व अटूट प्रतिबद्धता है कि "कोशिका फाउन्डेशन", से जो भी सहायता मिले, उसका उपयोग उचित उद्देश्य की पूर्ति के लिये किया जाएगा, जो इस प्रत्यक्ष में परा मया है।  
 3) मैं यहाँ घोषणा कर रहा हूँ कि भविष्य में कभी भी मैं किसी भी अन्य स्रोत/रोजगार/बीमा कंपनी से न तो रकम के लिए और न ही सहायता के लिए आवेदन करूँगा।

**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 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 is in this regard will be final and acceptable to me.
- 1) इस प्रत्यक्ष पर अपने हस्ताक्षर या अंगूठे की छाप लगाकर मैं (आवेदक) अपने सहयोगियों को यहाँ घोषणा कर रहा हूँ एवं "कोशिका फाउन्डेशन और उसके न्यायोधीश" को अधिकृत करता हूँ कि वे मेरा नाम, पता, फोटो और मेरे विवरण इस प्रत्यक्ष में प्रकाशित करें, उसे "कोशिका" द्वारा या किसी अन्य माध्यम से दूसरे उद्देश्य से मुझे या किसी अन्य व्यक्ति को सहायता के लिये किसी भी प्रकार का प्रचार करने के लिए उपयोग कर सकें। इस प्रत्यक्ष का विवरण मेरे इलाज के पहले या बाद में करने के लिये "कोशिका फाउन्डेशन" व न्यायोधीश 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, मुझे स्वतः सहायता का हक्कदार नहीं बनाता। इस सम्बंध में "कोशिका" द्वारा किये गये निर्णय अंतिम और स्वीकार्य होगा।

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

आवेदक के हस्ताक्षर या अंगूठे का निशान



(Mulermodi)

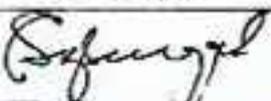
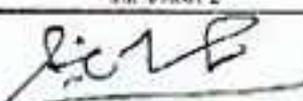
**AGREEMENT by HOSPITAL (हस्पताल द्वारा करार)**

- 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 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.
- हमारे अधिकृत, हस्ताक्षर की ओर से आपसे/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 किसी और सहायता के लिये किसी अन्य स्रोत से हमें सहायता मिले, जो कि हमें "कोशिका फाउन्डेशन" से सिफारिश/विनियमित उन्नत के सम्बंध में "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा प्राप्त हो चुका है। यदि "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा सहायता किसी कारणवश नहीं मिलती है तो हमें स्वतंत्रता मिलती है अन्य स्रोत से सहायता लेने का अधिकार सुरक्षित रहता है। इस घोषणा में स्पष्ट कहा जाता है कि सहायता द्वितीय प्रकार का सहायता नहीं है।  
 2) "कोशिका फाउन्डेशन" से जो भी सहायता मिले, उसका उपयोग उचित उद्देश्य की पूर्ति के लिये किया जाएगा, जो इस प्रत्यक्ष में परा मया है। इस प्रत्यक्ष का विवरण मेरे इलाज के पहले या बाद में करने के लिये "कोशिका फाउन्डेशन" व न्यायोधीश अधिकृत है।  
 हमें स्वतः सहायता का हक्कदार नहीं बनाता। इस सम्बंध में "कोशिका" द्वारा किये गये निर्णय अंतिम और स्वीकार्य होगा।

**RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE**  
स्वीकृती के लिए संस्तुति

Date of Surgery ऑपरेशन की तारीख 27-8-18	 (Name of Dr. & Regd. No. with Stamp) Dr. Vinita Jain 27-8-18	 Dr. V.P. Thakral Medical Officer (Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory on behalf of Hospital) SHROFF EYE CENTRE A-9, Kailash Colony New Delhi-110048
---	---	--

**FOR INTERNAL USE OF KOSHIKA FOUNDATION**

SIGNATURE of TRUSTEE 1 नासी हस्ताक्षर 1 	SIGNATURE of TRUSTEE 2 नासी हस्ताक्षर 2 
---	--