

C18/12/0064

| APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE (Healthcare)                                                                                             |                                                                                              |                                                                                                                     |                | Koshika foundation<br>Building Block of Life                                                                            |  |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|
| सहायता हेतु आवेदन प्रारूप (स्वास्थ्य देखभाल)                                                                                             |                                                                                              |                                                                                                                     |                |                                                                                                                         |  |
| APPLICATION No. / आवेदन संख्या: A/1218/0609                                                                                              |                                                                                              | APPLICATION DATE: 10/12/18 / आवेदन तिथि                                                                             |                |  <p>Pre-op Post-op<br/>0609 Muli</p> |  |
| NAME of APPLICANT: Muli / आवेदक का नाम                                                                                                   |                                                                                              | AGE-YEARS: 65 / आयु-वर्ष                                                                                            | SEX: F / लिंग  |                                                                                                                         |  |
| FATHER'S/SPOUSE'S NAME: Agani / पिता/सहोदर का नाम                                                                                        |                                                                                              |                                                                                                                     |                |                                                                                                                         |  |
| PRESENT RESIDENCE ADDRESS: Village - Ronceja, Teh - Beg, Dist - Bharatpur, Rajasthan / वर्तमान निवासी पता                                |                                                                                              |                                                                                                                     |                |                                                                                                                         |  |
| PERMANENT RESIDENCE ADDRESS: as above / स्थायी निवासी पता                                                                                |                                                                                              |                                                                                                                     |                |                                                                                                                         |  |
| OCCUPATION: Labourer / व्यवसाय                                                                                                           |                                                                                              | MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)                                                                            |                |                                                                                                                         |  |
| TOTAL ANNUAL INCOME: 60000 / कुल वार्षिक आय                                                                                              |                                                                                              | (Attach Proof of Income) NA / (आय का प्रमाण संलग्न)                                                                 |                |                                                                                                                         |  |
| PAN No. NA / सॉफ्ट कोपी संख्या                                                                                                           |                                                                                              |                                                                                                                     |                |                                                                                                                         |  |
| ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable):<br>क्या आप आय कर दाता हैं (जो मान्य हो उस पर चिह्न का निशान लगाएं)        |                                                                                              |                                                                                                                     |                | Yes / No<br>हां / नहीं                                                                                                  |  |
| FAMILY DETAILS परिवार विवरण                                                                                                              |                                                                                              |                                                                                                                     |                |                                                                                                                         |  |
| Sr. No.<br>क्रम संख्या                                                                                                                   | Name of Family Member<br>परिवार के सदस्यों का नाम                                            | Age (Years)<br>उम्र (वर्ष)                                                                                          | Gender<br>लिंग | Relation with Applicant<br>आवेदक के साथ संबंध                                                                           |  |
| 1                                                                                                                                        | पुत्र राम                                                                                    | 40                                                                                                                  | M              | Son                                                                                                                     |  |
| 2                                                                                                                                        | राम धाम                                                                                      | 35                                                                                                                  | M              | Son                                                                                                                     |  |
| 3                                                                                                                                        | पुत्र राम                                                                                    | 32                                                                                                                  | M              | Son                                                                                                                     |  |
| 4                                                                                                                                        | राम प्रेम                                                                                    | 30                                                                                                                  | M              | Son                                                                                                                     |  |
| BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable)<br>सहायता के लिये विधि आधार                                               |                                                                                              |                                                                                                                     |                |                                                                                                                         |  |
| BPL Card<br>(Attach Card Copy)<br>गरीबी रेशा के नीचे प्रमाण पत्र<br>(प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें)                              |                                                                                              | EWS Certificate<br>(Attach Certificate Copy)<br>अल्प आय वर्ग प्रमाण पत्र<br>(प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें) |                | Ration Card<br>(Attach Copy)<br>उपभोक्ता कार्ड<br>(प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें)                               |  |
| Any Other Basis/Proof<br>अन्य कोई साक्ष्य                                                                                                |                                                                                              |                                                                                                                     |                |                                                                                                                         |  |
| "PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE:<br>सहायता हेतु किसे कार्य विधि का उद्देश्य:                                                         |                                                                                              |                                                                                                                     |                |                                                                                                                         |  |
| Sr. No.<br>क्रम संख्या                                                                                                                   | Medical Reports/Prescriptions Attached<br>अस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई प्रतिवेदन सूची संलग्न |                                                                                                                     |                |                                                                                                                         |  |
| 1                                                                                                                                        | Diagnosis - RF - Bunion Cataract<br>LE - Bunion Cataract                                     |                                                                                                                     |                |                                                                                                                         |  |
| 2                                                                                                                                        | Surgery - LE - SICS + IOL                                                                    |                                                                                                                     |                |                                                                                                                         |  |
| ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES<br>इस उद्देश्य के हेतु कोई अन्य सहायता किसी अन्य स्रोत से प्राप्त हुई है? |                                                                                              |                                                                                                                     |                |                                                                                                                         |  |
| Sr. No.<br>क्रम संख्या                                                                                                                   | NAME of OTHER SOURCE<br>अन्य स्रोत का नाम                                                    | AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILED<br>जो हुई सहायता राशि                                                            |                |                                                                                                                         |  |
| 1                                                                                                                                        | SCCH                                                                                         |                                                                                                                     |                |                                                                                                                         |  |

**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 प्रपत्र में दिये गये सभी विवरण सही जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई विवरण सत्य रूपन सत्य प्रपत्र प्रस्तुत है जो मेरी सहायता निम्न की प्रशंसा है।
- 2) मैं इससे सहायता प्राप्त "कोशिका फाउंडेशन", से ही का रही है, उसका उपयोग उन्ही उद्देश्य को पूर्ण करने के लिए किया जाएगा, जो इस प्रपत्र में प्रपत्र प्रपत्र है।
- 3) मैं पुष्टि करता हूँ कि जिस सहायता हेतु यह प्रपत्र प्रस्तुत किया है, उसका पूर्ण या आंशिक रूपन किसी अन्य स्रोत/नियोक्ता/बीमा कम्पनी से न ले लिया है और न ही भविष्य में लेंगा।

**AGREEMENT by APPLICANT (आवेदक द्वारा वक़्त)**

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 अंगुली का छाप लगाकर, मैं (आवेदक) आवेदकता प्रपत्र को पुष्टि करता हूँ एवं "कोशिका फाउंडेशन और इसके ट्रस्टी" को अधिकृत करता हूँ कि वे मेरा नाम, पता, फोटो और मेरे विवरण इस प्रपत्र में प्रकाशित करें, इसे "कोशिका" द्वारा प्रकाशित, प्रसारित, प्रसारित, प्रसारित करने के लिए मेरी विवेचनाओं और उपलब्धियों के लिए किसी भी प्रकार का प्रचार प्रसारित करने के लिए अधिकृत है। मैं इसका उपयोग कोशिका फाउंडेशन के द्वारा मेरे नाम के बिना "कोशिका फाउंडेशन" के बिना अधिकृत है।
- 2) मैं (आवेदक) इस प्रपत्र पर घोषणा करता हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण को कि सहायता के उद्देश्य से प्रकाशित है। मुझे उम्मीद है: सहायता का प्रचार नहीं होगा। इस प्रपत्र में "कोशिका" द्वारा प्रकाशित विवरण का प्रचार प्रकाशित और प्रकाशित होगा।

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

आवेदक के हस्ताक्षर या अंगुली का छाप

R+H  
muli

**AGREEMENT by HOSPITAL (हॉस्पिटल द्वारा वक़्त)**

By affixing hereunder, signature of our Authorized 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, हस्ताक्षर की और से मान्यता-प्राप्त को "कोशिका फाउंडेशन" से वित्तीय सहायता हेतु सिफारिश की जाती है, जिसे हम (हॉस्पिटल) वित्त प्रपत्र से प्राप्त न अधिकृत करते हैं।

- 1) यह कि न तो वर्तमान और न ही भविष्य में वित्तीय सहायता किसी भी सहायता प्रदाता से किसी अन्य स्रोत से प्राप्त की जाएगी, जो कि हमने "कोशिका फाउंडेशन" से प्राप्त करने के लिए प्रार्थना की है। यदि "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा सहायता प्रदान की जाती है, तो हमें उम्मीद है कि हमने "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा सहायता प्रदान की जाएगी। यदि "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा सहायता प्रदान की जाती है, तो हमें उम्मीद है कि हमने "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा सहायता प्रदान की जाएगी।

- 2) "कोशिका फाउंडेशन" से ही प्राप्त सहायता केवल वित्तीय प्रकृति की है। रोगी पर उपचार प्रदान की गई सहायता का निर्णय एवं उपचार/प्रक्रिया का चुनाव रोगी एवं हॉस्पिटल के बीच का विषय है और "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई दबाव नहीं है। इसलिए हॉस्पिटल में रोगी के उपचार सुझाव और उनके करने की सभी जिम्मेदारियाँ एवं हॉस्पिटल को होंगी और "कोशिका" की कोई भी जिम्मेदारी इस मामले में नहीं होगी।

**RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE**

स्वीकृति के लिए संस्तुति

Dr. Shashi Singh  
MS (OPHTHAL)  
Reg. No. -028084  
(Name of Dr. & Regn. No. with Stamp)  
हॉस्पिटल का नाम व हस्ताक्षर व छाप, न

U MASSEY  
Administrator  
Dr. Shroff's Eye Hospital, Noida  
(Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory on behalf of Hospital)  
नाम व पद हस्ताक्षर अधिकृत अधिकारी

Date of Surgery  
ऑपरेशन की तारीख

12/12/18

**FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION** आन्तरिक उपयोग हेतु

SIGNATURE of TRUSTEE 1  
प्राथमिक हस्ताक्षर 1

SIGNATURE of TRUSTEE 2  
प्राथमिक हस्ताक्षर 2