

0181218 Jagdish

| APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE<br>(Healthcare)                                 |                                        | Koshika<br>foundation<br>Building block of life                |        |
|---------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------|----------------------------------------------------------------|--------|
| APPLICATION No.: A/1218/0652                                                    |                                        | APPLICATION DATE: 21/12/18                                     |        |
| NAME of APPLICANT: Jagdish                                                      |                                        | AGE-YEARS: 75                                                  | SEX: M |
| FATHER'S/SPOUSE'S NAME: Chander                                                 |                                        |                                                                |        |
| PRESENT RESIDENCE ADDRESS: Village - Nathapuri, Teh. - Kishanganj Dist. - Bihar |                                        |                                                                |        |
| PERMANENT RESIDENCE ADDRESS: as above                                           |                                        |                                                                |        |
| OCCUPATION: Farmer                                                              |                                        | MARRIED (निम्नलिखित) / UNMARRIED (अनिम्नलिखित)                 |        |
| TOTAL ANNUAL INCOME: 60,000                                                     |                                        | (Attach Proof of Income) NA                                    |        |
| PAN No. NA                                                                      |                                        | YES YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable): |        |
| FAMILY DETAILS                                                                  |                                        | Basis for REQUESTING ASSISTANCE                                |        |
| Sr. No.                                                                         | Name of Family Member                  | Age (Years)                                                    | Gender |
| 1.                                                                              | Dharm Veer                             | 46                                                             | M      |
| 2.                                                                              | Billy Ram                              | 40                                                             | M      |
| 3.                                                                              | Mukesh                                 | 35                                                             | M      |
| Basis for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable)                  |                                        |                                                                |        |
| BPL Card (Attach Card Copy)                                                     |                                        | Any Other Basis/Proof                                          |        |
| EWS Certificate (Attach Certificate Copy)                                       |                                        | Ration Card (Attach Copy)                                      |        |
| "PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE:                                            |                                        |                                                                |        |
| Sr. No.                                                                         | Medical Reports/Prescriptions Attached |                                                                |        |
| 1.                                                                              | Diagnosis - RT - IMSC                  |                                                                |        |
|                                                                                 | RT - PR                                |                                                                |        |
| 2.                                                                              | Surgery - RT - STCS + JBL              |                                                                |        |
| ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES                  |                                        |                                                                |        |
| Sr. No.                                                                         | NAME of OTHER SOURCE                   | AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILED                             |        |
| 1.                                                                              | SCM                                    |                                                                |        |



Prec or Postop.  
0652 Jagdish

**DECLARATION by APPLICANT: (अर्शदक 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 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 यहाँ घोषणा करता हूँ कि इस प्रारूप में दिये गये सभी विवरण मेरी जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई विवरण सत्य नमाना जाय तो मेरी प्रार्थना निरास हो जा सकती है।
- 2) मैं यहाँ घोषणा कर रहा हूँ कि "कोशिका फाउंडेशन", से मिले का सही है, उसका उपयोग केवल उद्देश्य को पूर्ण करने के लिए किया जाएगा, जो इस प्रारूप में मांग गया है।
- 3) मैं यहाँ घोषणा कर रहा हूँ कि मैं किसी भी प्रकार से भुगतान नहीं कर रहा हूँ, इस धरा का अतिरिक्त या समकालीन किसी अन्य स्रोत/रोजगार/बीमा कंपनी से न के लिए है और न ही भविष्य में ऐसा करूँगा।

**AGREEMENT by APPLICANT (अर्शदक द्वारा सहमत)**

- 1) By affixing my signature or thumb impression on this Form, I (Applicant) hereby agree & authorize 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 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 प्रारूप पर मेरी हस्ताक्षर या मोठे की छाप लगाकर, मैं (अर्शदक) यहाँ घोषणा कर रहा हूँ कि मैं "कोशिका फाउंडेशन और इसके 'ट्रस्टी' " को अधिकृत करता हूँ कि वे मेरा नाम, पता, फोटो और मेरे विवरण इस प्रारूप में प्रकाशित करें, जो "कोशिका" द्वारा प्रकाशित, प्रिंट, इलेक्ट्रॉनिक, सहित किसी भी माध्यम से दानों को आमंत्रित करने के लिए और/या कोशिका फाउंडेशन के गतिविधियों और उपलब्धियों के बारे में जानकारी को प्रसारित करने के लिए अधिकृत है। मेरी प्रार्थना का विवरण पर प्रकाशित की जायेगा या नहीं, यह मेरे मामले में केवल "कोशिका फाउंडेशन" के ट्रस्टी अधिकृत हैं।
- 2) मैं (अर्शदक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण को किसी भी माध्यम से प्रकाशित करने के लिए अधिकृत है। मेरी प्रार्थना का प्रस्ताव नहीं होगा। इस संबंध में "कोशिका" द्वारा प्रकाशित की गई जानकारी अंतिम और स्वीकार्य होगी।

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

अर्शदक की हस्ताक्षर या बाएं मोठे की छाप

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

- 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 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, हम यहाँ घोषणा कर रहे हैं कि हम "कोशिका फाउंडेशन" से वित्तीय सहायता हेतु सिफारिश कर रहे हैं, जिसे हम (हस्पताल) सिफारिश करने से मान्यता दे रहे हैं।
- 1) कि हम न तो वर्तमान में और न ही भविष्य में वित्तीय सहायता किसी भी रोगी के मामले में किसी अन्य स्रोत से प्राप्त करने का प्रयास करेंगे, जो हमें "कोशिका फाउंडेशन" से प्राप्त करने के लिए मांग रहा है, जब तक कि हमें "कोशिका फांडेशन" द्वारा सहायता नहीं दी जाती है। यदि "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा सहायता नहीं दी जाती है, तो हमें अपने अंतराल को किसी अन्य स्रोत से भरने का अधिकार सुरक्षित रखता है। इस दृष्टि से स्पष्ट करना चाहते हैं कि "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा सहायता केवल वित्तीय प्रकृति का है और "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा सहायता केवल वित्तीय प्रकृति का है।
- 2) "कोशिका फाउंडेशन" के द्वारा मांगी गई सहायता केवल वित्तीय प्रकृति की है। रोगी का इलाज हमारे पास है और हमें अपने उपचार/प्रक्रिया का चुनाव करने का अधिकार है और "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा सहायता केवल वित्तीय प्रकृति का है। हमारे द्वारा सहायता केवल वित्तीय प्रकृति का है और "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा सहायता केवल वित्तीय प्रकृति का है।

**RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE**

अधिकृत की सिफारिश

|                                                            |                                                                                                                                          |                                                                                                                                                                                          |
|------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <p>Date of Surgery<br/>ऑपरेशन की तारीख</p> <p>22/12/18</p> | <p>Dr. [Signature]<br/>MS (OPHTHAL)<br/>Reg. No. 02808<br/>(Name of Dr. &amp; Regn. No. with Stamp)<br/>हस्ताक्षर का नाम व पता व छाप</p> | <p>J. MASSEY<br/>Administrator<br/>Dr. Shroffs Eye Hospital, Aher<br/>(Name, Designation &amp; Stamp of Authorized Signatory on behalf of Hospital)<br/>हस्ताक्षर का नाम व पता व छाप</p> |
|------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|

**FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION (आन्तरिक उपयोग के लिए)**

|                                                                         |                                                                         |
|-------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------|
| <p>SIGNATURE of TRUSTEE 1<br/>न्यायी हस्ताक्षर 1</p> <p>[Signature]</p> | <p>SIGNATURE of TRUSTEE 2<br/>न्यायी हस्ताक्षर 2</p> <p>[Signature]</p> |
|-------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------|