

(Healthcare)
(स्वास्थ्य देखभाल)

 **Koshika**
foundation
Building block of life.

APPLICATION DATE: 7/12/18
अवेदन तिथि

AGE-YEARS मातृ-वर्ष	SEX लिंग
50	M

PRESENT RESIDENCE ADDRESS वर्तमान आवासीय पता
20/66, Dakshinapur, Noida, Delhi

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS : 0000 00000 000

As Above

MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)

(Attach Proof of Income) _____
(आय का साक्ष्य प्रमाण)

PAN No. स्थिति खाता संख्या -

ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable):
 क्या आप आय कर देता है (जो मान्य हो उस पर सही का निशान लगाये)

Yes/No
हाँ/नहीं

FAMILY DETAILS: परिवार विवरण

[illegible]

BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable)
महात्मा के लिये जिला आधार

सहायता के लिये जमा अथवा			
GPI Card (Attach Card Copy) गरीबी रेश की नीचे प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की छाव प्रति संलग्न करें)	EWS Certificate (Attach Certificate Copy) अथ अथ वर्ग प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की छाव प्रति संलग्न करें)	Ration Card (Attach Copy) उपभोक्ता कार्ड (प्रमाण पत्र की छाव प्रति संलग्न करें)	Any Other Dexist/Proof अन्य कोई साक्ष्य

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

Medical Reports/Prescriptions Attached

अस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई प्रणियेदन सूची संलग्न

[illegible]

ASSISTANCE BEING AVAILABLE for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES
 इस उद्देश्य के लिए कोई अन्य सहायता किसी अन्य स्रोत से लिया गया है?

Sr. No. क्रम संख्या	NAME of OTHER SOURCE अन्य स्रोत का नाम	AMOUNT of ASSISTANCE BEING AWARDED रु० में सहायता राशि
	NIL	

DECLARATION by APPLICANT: अपेक्षक 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 मेरे जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई झूठा बयान एवं कथन असत्य पाया जाता है तो मेरी सहायता निरस्त की जा सकती है।
- 2) मैं इस से सहायता यदि "कोशिका फाउन्डेशन", से ही नही है, उसका उपयोग उसी उद्देश्य की पूर्ति के लिये किया जाएगा, जो इस प्रपत्र में भरा गया है।
- 3) मैं यहाँ पर घोषणा कर रहा हूँ कि मैंने पिछले कदापि हेतु या भविष्य में नहीं है, उस राशि या व्यय के लिये किसी अन्य स्रोत/रोजगार/बीमा कम्पनी से न तो लिया है और न ही भविष्य में लूँगा।

AGREEMENT by APPLICANT (अपेक्षक 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 fulfillment of the "purpose" for which assistance is being requested.

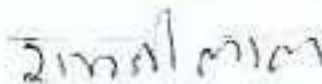
2) I (Applicant) further agree that any such use of my name, address, photo & details of the "purpose", for which such assistance is requested/granted, will not automatically entitle me for receiving or continuing the said assistance. The decision for granting and/or continuing the assistance will rest 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 अंगूठे की छाप लगाकर, मैं (अपेक्षक) अपनी सहमति की पुष्टि करता हूँ एवं "कोशिका फाउन्डेशन और इसके 'न्यासी' " को अधिकृत करता हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और मेरे विवरण इस प्रपत्र में घोषित है, उसे "कोशिका" एम्प्लॉयर्स, दान, धारणा/प्रचार द्वारा उत्प्रेषण से जुड़ी गतिविधियों और उपलब्धियों के लिये किसी भी प्रकार माध्यम से प्रसारित करने के लिए अधिकृत है। मेरे प्रपत्र का विवरण मेरे इलाज के पहले या बाद में करने के लिए "कोशिका फाउन्डेशन" व न्यासी अधिकृत है।

2) मैं (अपेक्षक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण को कि सहायता के उद्देश्यों से प्रसारित है मुझे समझ: सहायता का हस्ताक्षर नहीं करता। इस सम्बंध में "कोशिका" एम्प्लॉयर्स 'न्यासी' का निर्णय अंतिम और बाध्यकारी होगा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION :

अपेक्षक के हस्ताक्षर या अंगूठे का निशान


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 अधिदूत, हस्ताक्षर की ओर से मान्यताओं 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 सरकारी संस्थान या किसी अन्य स्रोत से उम्मीद की जाती है, जैसे कि हमने "कोशिका फाउन्डेशन" से सिफारिश/विनिर्दिष्ट इलाज के सम्बंध में "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा मदद हेतु कि है। यदि "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा सहायता निगीत अतिरिक्त राशि हेतु समुचित को किया जाता है तो अस्पताल किसी अन्य और सरकारी स्रोत या किसी अन्य सहायता से सहायता लेने का अधिकार सुरक्षित रखता है। इस दृष्टि में स्पष्ट कहा जाता है कि अस्पताल द्वितीय चरण उम्मीद की जाती है कि किसी और सरकारी संस्था या किसी अन्य सहायता से नहीं लेगा/लेगी।

2. "कोशिका फाउन्डेशन" से ही यह सहायता केवल वित्तीय प्रकृति की है। रोगी का हस्ताक्षर द्वारा ही यह सहायता या वित्तिय गये उपचार/उपचार का चुनाव होगा एवं हस्ताक्षर को बोध का विषय है और "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई दबाव नहीं है। इसलिए हस्ताक्षर में रोगी के इलाज रास्ता और जाने जाने को सभी सम्बन्धी रोगी एवं हस्ताक्षर को होगा और "कोशिका" को कोई भूमिका या जिम्मेदारता इस मामले में नहीं होगी।

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE

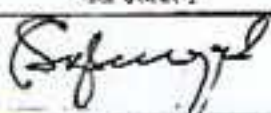
स्वीकृति के लिए संस्तुति

Date of Surgery
ऑपरेशन की तारीख

7/12/18

Dr. Shubha Mehra
DM (State of Dr. & Regn. No. with Stamp)
Shroff Eye Centre

Dr. V.P. Thakral
Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory
Medical Superintendent
SHROFF EYE CENTRE
A-9, Kailash Colony
New Delhi - 110 045

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATIONSIGNATURE of TRUSTEE 1
न्यासी हस्ताक्षर 1

SIGNATURE of TRUSTEE 2
न्यासी हस्ताक्षर 2
