

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE  
(Healthcare)

(Healthcare)  
(स्वास्थ्य देखभाल)

Koshika  
Foundation  
Building block of life

APPLICATION No.: 51/218/344 (1880/18)  
आवेदन संख्या:

APPLICATION DATE: 31/12/18  
आवेदन तिथि

NAME of APPLICANT:  
आवेदक का नाम

Mrs Sukhvinder Kaur

AGE-YEARS उम्र-वर्ष

54

SEX लिंग

F

FATHER'S/SPOUSE'S NAME:  
पिता/पति का नाम

Jagdish Singh

PRESENT RESIDENCE ADDRESS वर्तमान निवास पता

1537/17 Gaurmalpur New Delhi

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS: स्थायी निवास पता

As Above

OCCUPATION:  
व्यवसाय

Housewife

MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)

TOTAL ANNUAL INCOME:  
कुल वार्षिक आय

Rs. 85,000/- (Family Income)

(Attach Proof of Income)  
(आय का प्रमाण संलग्न करें)

PAN No. नम्बर: (आय कर के लिए)

ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable):  
क्या आप आय कर दाता हैं (जो मानें उसे पार चिह्न का निशान लगाएं)

Yes/No  
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 से संबंध |
|------------------------|---------------------------------------------------|----------------------------|----------------|-------------------------------------------|
| 01                     | Jagdish Singh                                     | 60                         | M              | Husband                                   |
| 02                     | Permal Singh                                      | 28                         | M              | Son                                       |
|                        |                                                   |                            |                |                                           |
|                        |                                                   |                            |                |                                           |
|                        |                                                   |                            |                |                                           |
|                        |                                                   |                            |                |                                           |
|                        |                                                   |                            |                |                                           |
|                        |                                                   |                            |                |                                           |
|                        |                                                   |                            |                |                                           |
|                        |                                                   |                            |                |                                           |

BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable)  
साहाय्य के लिए विनंति आधार

|                                                                                                            |                                                                                                            |                                                                                       |                                              |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------|
| BPL Card<br>(Attach Card Copy)<br>सहाय्य के लिए कार्ड का प्रमाण पत्र<br>(आय कर की प्रमाण पत्र संलग्न करें) | Dis Certificate<br>(Attach Certificate Copy)<br>असमर्थता प्रमाण पत्र<br>(असमर्थता प्रमाण पत्र संलग्न करें) | Ration Card<br>(Attach Copy)<br>रेशन कार्ड<br>(रेशन कार्ड की प्रमाण पत्र संलग्न करें) | Any Other<br>Basis/Proof<br>अन्य कोई साक्ष्य |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------|

"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE  
साहाय्य हेतु किए जाने वाले निशान का उद्देश्य:

| Sr. No.<br>क्रम संख्या | Medical Reports/Prescriptions Attached<br>असमर्थता/प्रातिफल के साथ की गई प्रतिवेदन सूची संलग्न |
|------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------|
|                        | Diag: LF Carcinoma                                                                             |
|                        | Surg: LF Phaco + IOL                                                                           |
|                        |                                                                                                |
|                        |                                                                                                |
|                        |                                                                                                |
|                        |                                                                                                |
|                        |                                                                                                |
|                        |                                                                                                |
|                        |                                                                                                |
|                        |                                                                                                |

ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES  
यह उद्देश्य के लिए पहले से ही अन्य स्रोतों से प्राप्त हो रहा है

Signature  
Date  
N/A

Signature  
Date

**DECLARATION by APPLICANT:** आवेदक द्वारा घोषणा करें:

- 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 हैं। यदि भर्षे विवरण एवं तथा सहायता प्राप्त नहीं है तो मेरी सहायता निरास की जा सकती है।
- 2) मैं घोषणा करता हूँ कि सहायता यदि "कोशिका फाउन्डेशन", से ली जा रही है, उसका उपयोग उक्त उद्देश्य की पूर्ति के लिये किया जायेगा, जो इस प्रत्यक्ष में भरा गया है।
- 3) मैं पुष्टि करता हूँ कि मैंने सहायता हेतु वह व्यय नहीं किया है, वह व्यय का अधिकतम वापस लिया जायेगा अन्य स्रोत/नियोक्ता/बीमा कंपनी से न ले लिया है और न ही भविष्य में ऐसा

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

- 1) By affixing my signature or thumb impression on this Form, I (Applicant) hereby agree & authorise Koshika Foundation and its Trustees to use/publish/pull-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 प्रत्यक्ष पर अपने हस्ताक्षर या अंगूठे की छाप लगाकर, मैं (आवेदक) अपनी स्वीकृति की पुष्टि करता हूँ एवं "कोशिका फाउन्डेशन और इसके भरोदारों" को अधिकृत करता हूँ कि वे मेरा नाम, पता, फोटो और जो विवरण इस प्रत्यक्ष में घोषित है, उसे "कोशिका" एम्प्लॉयर्स, चार, कर्मचारी द्वारा उद्देश्य से कुछी गतिविधियों और उपलब्धियों के लिये किसी भी प्रकार सम्पन्न से प्रचारित करने के लिए अधिकृत है। मेरे प्रत्यक्ष का विवरण मेरे हस्ताक्षर के पत्रों का पत्र में करने के लिए "कोशिका फाउन्डेशन" में जारी अधिकृत है।
- 2) मैं (आवेदक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण जो कि सहायता के उद्देश्य से प्रसारित है पूर्णतः सहायता का प्रस्ताव नहीं करता। इस सम्बन्ध में "कोशिका" एम्प्लॉयर्स उक्त उद्देश्य का निर्णय अंतिम और स्वीकार्य होगा।

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

आवेदक के हस्ताक्षर या अंगूठे का निशान

*Suthe*

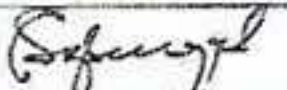
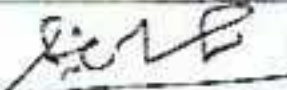
**AGREEMENT by HOSPITAL** (हस्पताल द्वारा कबला)

- 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.
- उक्त अधिपत्र, हस्ताक्षर की ओर से कर्मचारी/होस्टल को "कोशिका फाउन्डेशन" से वित्तीय सहायता हेतु सिफारिश की जाती है, जिसे हम (हस्ताक्षर) निम्न प्रकार से मान्य व स्वीकार करते हैं।
- 1) वह कि न तो वर्तमान और न ही भविष्य में वित्तीय सहायता किसी भी सहायता संगठन या किसी अन्य स्रोत से उक्त रोगी/रोगी के लिये ली जा रही है, जबकि हमने "कोशिका फाउन्डेशन" से सिफारिश/सिफारिश प्राप्त की सम्बन्ध में "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा कबल हेतु कि है। यदि "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा सहायता निरसि/अस्वीकृत/अस्वीकृत हेतु कबल की जा रही है तो हस्ताक्षर किसी अन्य सहायता संगठन या किसी अन्य सहायता संगठन से सहायता लेने का अधिकार सुरक्षित रखता है। इस पुष्टि में स्पष्ट कहा जाता है कि हस्ताक्षर वित्तीय सहायता के लिये सहायता संगठन को किसी अन्य सहायता संगठन से नहीं रोखा/रोका।
  2. "कोशिका फाउन्डेशन" से ली गई सहायता केवल वित्तीय प्रकृति की है। रोगी का हस्ताक्षर द्वारा दी गई सहायता या बिना गये उपचार/प्रक्रिया का चुनाव रोगी एवं हस्ताक्षर को बीच का विषय है और "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा कबल कबल की गई सहायता नहीं है। हस्ताक्षर हस्ताक्षर में ली गई सहायता द्वारा और अपने बारे में सभी विवरणों को रोगी एवं हस्ताक्षर को संगी और "कोशिका" को सही प्रमाणित है बिना किसी हस्तक्षेप के नहीं होगा।

**RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE**  
स्वीकृति के लिए अनुमति

|                                    |                                                                                                                                                                                               |                                                                                                                                                                                                                                                                               |
|------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Date of Surgery<br>ऑपरेशन की तारीख | <br><b>Dr. Shrikanth Mohan</b><br>DMC No. 64798<br>Shroff Eye Center<br>Hospital का नाम व हस्ताक्षर का पता | <br><b>Dr. V.P. Thakral</b><br>Mo. 98960 98960<br>Stamp, Designation & Stamp of Authorised Signatory<br>SHROFF EYE CENTER<br>A-9, Kirti Nagar<br>Near DDA Office<br>अधिकृत व्यक्त द्वारा |
|------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|

**FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION**

|                                                                                     |                                                                                      |
|-------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------|
| SIGNATURE of TRUSTEE 1<br>भरोदार द्वारा 1                                           | SIGNATURE of TRUSTEE 2<br>भरोदार द्वारा 2                                            |
|  |  |