

| APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE<br>सहायता हेतु आवेदन प्रारूप                                                                          |                                                                                              | (Healthcare)<br>(स्वास्थ्य देखभाल)                                                                                  |                                                         | <br><b>Koshika</b><br>foundation<br><small>Building block of life</small> |  |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|
| APPLICATION No. : 510519/067 (1093/n)                                                                                                 |                                                                                              | APPLICATION DATE : 10/5/19                                                                                          |                                                         |                                                                                                                                                             |  |
| NAME of APPLICANT : Mr. Chotte Lal                                                                                                    |                                                                                              | AGE-YEARS आयु-वर्ष                                                                                                  | SEX लिंग                                                |                                                                                                                                                             |  |
| FATHER'S/SPOUSE'S NAME : Vishwasnath Lal                                                                                              |                                                                                              | 75                                                                                                                  | M                                                       |                                                                                                                                                             |  |
| PRESENT RESIDENCE ADDRESS : वर्तमान आवासीय पता                                                                                        |                                                                                              |                                                                                                                     |                                                         |                                                                                                                                                             |  |
| 5/448, Dakshinpur, New Delhi                                                                                                          |                                                                                              |                                                                                                                     |                                                         |                                                                                                                                                             |  |
| PERMANENT RESIDENCE ADDRESS : स्थाई आवासीय पता                                                                                        |                                                                                              |                                                                                                                     |                                                         |                                                                                                                                                             |  |
| As Above                                                                                                                              |                                                                                              |                                                                                                                     |                                                         |                                                                                                                                                             |  |
| OCCUPATION : U. Sr. Citizen                                                                                                           |                                                                                              |                                                                                                                     | MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)                |                                                                                                                                                             |  |
| TOTAL ANNUAL INCOME : Rs. 30,000/-                                                                                                    |                                                                                              |                                                                                                                     | (Attach Proof of Income) —                              |                                                                                                                                                             |  |
| PAN No. : —                                                                                                                           |                                                                                              |                                                                                                                     | (आय का साक्ष्य संलग्न)                                  |                                                                                                                                                             |  |
| ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable):<br>क्या आप आय कर दाता हैं (जो सत्य हो उस पर सही का चिह्न लगाएं)        |                                                                                              |                                                                                                                     |                                                         |                                                                                                                                                             |  |
| Yes (हाँ) / No (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 साक्ष्य सम्बंध                                                                                                          |  |
| No Family                                                                                                                             |                                                                                              |                                                                                                                     |                                                         |                                                                                                                                                             |  |
| BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable)<br>सहायता के लिये किसी आधार                                            |                                                                                              |                                                                                                                     |                                                         |                                                                                                                                                             |  |
| BPL Card<br>(Attach Card Copy)<br>गरीबी रेषा 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 मपे किन्ती का उद्देश्य:                                                      |                                                                                              |                                                                                                                     |                                                         |                                                                                                                                                             |  |
| Sr. No.<br>क्रम संख्या                                                                                                                | Medical Reports/Prescriptions Attached<br>अस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई प्रतिवेदन सूची संलग्न |                                                                                                                     |                                                         |                                                                                                                                                             |  |
|                                                                                                                                       | Diag:- RE Cataract                                                                           |                                                                                                                     |                                                         |                                                                                                                                                             |  |
|                                                                                                                                       | Sur:- RE Phaco IOL                                                                           |                                                                                                                     |                                                         |                                                                                                                                                             |  |
| ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES<br>इस उद्देश्य के हेतु कोई अन्य सहायता किसी अन्य स्रोत से लिये गया है? |                                                                                              |                                                                                                                     |                                                         |                                                                                                                                                             |  |
| Sr. No.<br>क्रम संख्या                                                                                                                | NAME of OTHER SOURCE<br>अन्य स्रोत का नाम                                                    |                                                                                                                     | AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILED<br>हो गई सहायता राशी |                                                                                                                                                             |  |
|                                                                                                                                       |                                                                                              |                                                                                                                     |                                                         |                                                                                                                                                             |  |
|                                                                                                                                       |                                                                                              |                                                                                                                     |                                                         |                                                                                                                                                             |  |
|                                                                                                                                       |                                                                                              |                                                                                                                     |                                                         |                                                                                                                                                             |  |
|                                                                                                                                       |                                                                                              |                                                                                                                     |                                                         |                                                                                                                                                             |  |

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

- 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 प्रारूप में दिये गये सभी विवरण मेरी जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई झूठा एवं कथन असत्य पाया जाता है तो मेरी सहायता निरस्त की जा सकती है।
- 2) मैं घोषणा करता हूँ कि "कोशिका फाउन्डेशन", से जो भी सहायता मिलेगी, उसका उपयोग केवल उद्देश्य के पूर्ति के लिये किया जाएगा, जो इस प्रारूप में पता लगाया है।
- 3) मैं पुष्टि करता हूँ कि जिस सहायता हेतु यह प्रार्थना की गई है, उस पर किसी भी प्रकार का प्रतिफल या वापस भुगतान किसी अन्य स्रोत/रोजगार/बीमा कम्पनी से न हो सके है और न ही भविष्य में होगा।

**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 its Trustees to use/publish/print-up/republish 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 fulfilment 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 final and acceptable to me.

- 1) इस प्रारूप पर अपने हस्ताक्षर या अंगुष्ठ का छाप लगाकर, मैं (आवेदक) अपनी सहमति को पुष्टि करता हूँ एवं "कोशिका फाउन्डेशन और उसके न्यासीयों" को अधिकृत करता हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और जो विवरण इस प्रारूप में घोषित है, उसे "कोशिका" एवं अन्य माध्यमों, दूर, दूरदर्शन या दूरदर्शन से जुड़े माध्यमों और उपकरणों के लिये किसी भी प्रकार के माध्यम से प्रसारित करने के लिए अधिकृत है। मेरे प्रारूप का विवरण मेरे इलाज के पहले या बाद में करने के लिए "कोशिका फाउन्डेशन" के न्यासीयों अधिकृत है।
- 2) मैं (आवेदक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण जो कि सहायता के उद्देश्यों से प्रेषित है मुझे स्वतः सहायता का हकदार नहीं बनाता। इस सम्बंध में "कोशिका" एवं उसके न्यासीयों का निर्णय अंतिम और स्वीकार्य होगा।

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

आवेदक का हस्ताक्षर या अंगुष्ठ का छाप

*(Signature)*

**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.

इससे अधिकृत, हस्ताक्षर को और से नाम/रोगी को "कोशिका फाउन्डेशन" से वित्तीय सहायता हेतु सिफारिश की जाती है, जिसे हम (हस्पताल) निम्न प्रकार से मान्यता देते हैं।

- 1) यह कि न तो वर्तमान और न ही भविष्य में वित्तीय सहायता किसी और प्राकृष्ट स्रोत या किसी अन्य स्रोत से उक्त रोगी/रोगी के लिये मांगी जायेगी, जैसे कि हमने "कोशिका फाउन्डेशन" से सिफारिश/निर्णय उक्त के सम्बंध में "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा पदार्थ हेतु किया है। यदि "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा सहायता वित्तीय अधिकृत/स्वीकृत हेतु मंजूर नहीं किया जाता है तो हस्पताल किसी अन्य स्रोत से सहायता लेने का अधिकार सुरक्षित रखता है। इस पुष्टि में स्पष्ट कहा जाता है कि हस्पताल द्वारा पदार्थ उक्त रोगी/रोगी हेतु किसी और स्रोत से सहायता या किसी अन्य स्रोत से नहीं लेगा/लेगी।

2. "कोशिका फाउन्डेशन" से जो भी सहायता केवल वित्तीय प्रकृति की है। रोगी का इलाज/उपचार को भी सहायता या दिये गये उपचार/प्रक्रिया का चुनाव रोगी एवं हस्पताल के बीच का विषय है और "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई दबाव नहीं है। इसलिए हस्पताल में रोगी के इलाज सुरक्षा और अन्य बातों को सभी विधायकों रोगी एवं हस्पताल को होंगे और "कोशिका" की कोई भी भूमिका या विधायक इस मामले में नहीं होगी।

**RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE**

स्वीकृति के लिए संस्तुति

|                                    |                               |                                                                                                                                                                                                                           |
|------------------------------------|-------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Date of Surgery<br>अपरेशन की तारीख | <i>(Signature)</i><br>10-6-19 | Dr. V.P. Thakral<br>Medical Officer<br>(Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory)<br>SHROFF EYE CENTRE (on behalf of Hospital)<br>A-9, Kailash Nagar, New Delhi-110019<br>मुख्य चिकित्सक, हस्पताल अधिकृत अधिकारी |
|------------------------------------|-------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|

**FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION**

|                                              |                                              |
|----------------------------------------------|----------------------------------------------|
| SIGNATURE of TRUSTEE 1<br>न्यासी हस्ताक्षर 1 | SIGNATURE of TRUSTEE 2<br>न्यासी हस्ताक्षर 2 |
| <i>(Signature)</i>                           | <i>(Signature)</i>                           |