

| APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE<br>(Healthcare)                       |  |  |  | (स्वास्थ्य देखभाल)                       |          |
|-----------------------------------------------------------------------|--|--|--|------------------------------------------|----------|
| APPLICATION No. : 6/0120/347 (2248/19)                                |  |  |  | APPLICATION DATE : 6/1/20                |          |
| NAME of APPLICANT : Jai Prakash                                       |  |  |  | AGE-YEARS आयु-वर्ष                       | SEX लिंग |
| FATHER/SPOUSE'S NAME : Mami Raj                                       |  |  |  | 68                                       | M        |
| PRESENT RESIDENCE ADDRESS : H-61, Zamrud Park, New Delhi              |  |  |  |                                          |          |
| PERMANENT RESIDENCE ADDRESS : As Above                                |  |  |  |                                          |          |
| OCCUPATION : Unemployed                                               |  |  |  | MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित) |          |
| TOTAL ANNUAL INCOME : -                                               |  |  |  | (Attach Proof of Income)                 |          |
| PAIN No. : -                                                          |  |  |  | (आप का साक्ष्य संलग्न)                   |          |
| ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable): Yes/No |  |  |  |                                          |          |
| Basis for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable)        |  |  |  |                                          |          |
| BPL Card (Attach Card Copy)                                           |  |  |  |                                          |          |
| EWS Certificate (Attach Certificate Copy)                             |  |  |  |                                          |          |
| Ration Card (Attach Copy)                                             |  |  |  |                                          |          |
| Any Other Basis/Proof                                                 |  |  |  |                                          |          |
| "PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE:                                  |  |  |  |                                          |          |
| Medical Reports/Prescriptions Attached                                |  |  |  |                                          |          |
| Diagnosis: LF Chest Pain                                              |  |  |  |                                          |          |
| Rx: LF Phaco + IOL                                                    |  |  |  |                                          |          |
| ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES        |  |  |  |                                          |          |
| NAME of OTHER SOURCE                                                  |  |  |  |                                          |          |
| AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILED                                    |  |  |  |                                          |          |



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 प्रश्न में दिये गये सभी विवरण मेरी जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई विवरण एवं कथन असत्य पाया जाय तो मेरे सहयोग निरस्त हो जा सकता है।
- 2) मेरे द्वारा जो सहयोग प्राप्त "कोशिका फाउन्डेशन", से हो जा रही है, उसका उपयोग उचित उद्देश्य की पूर्ति के लिये किया जायेगा, जो इस प्रश्न में पता लगा है।
- 3) मैं पुष्टि करता हूँ कि भविष्य कालका मेरा यह अवसर नहीं पाऊँगा, उस राशि या उपनिधि या समस्त निवृत्ति निधि अन्य स्रोत/नियोक्ता/बीमा कम्पनी से या जो निधि है और या हो भविष्य में होगा।

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

- 1) By affixing my signature or thumb impression on this Form, I (Applicant) hereby agree & authorise Koshika Foundation and it's Trustees to issue/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 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 in this regard will be final and acceptable to me.
- 1) इस प्रश्न पर अपने हस्ताक्षर या अंगूठे की छाप लगाकर, मैं (आवेदक) अपनी पहचान की पुष्टि करता हूँ एवं "कोशिका फाउंडेशन और उसके न्यासीयों" को अधिकृत करता हूँ कि वे मेरा नाम, पता, फोटो और मेरे विवरण इस प्रश्न में धीरिष्ठ है, उसे "कोशिका" एवम् न्यासीय, दान, वाचनालय द्वारा उद्देश्य में जुटी गतिविधियों और उपलब्धियों के लिये किसी भी प्रकार माध्यम से प्रकाशित करने के लिये अधिकृत है। मेरे प्रश्न का निष्पत्ति मेरे प्रश्न के पहले या बाद में करने के लिये "कोशिका फाउंडेशन" व न्यासीय अधिकृत है।
- 2) मैं (आवेदक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण के बिना सहायता के उद्देश्यों से प्रकाशित है मुझे स्वतः सहायता का हकदार नहीं बनाता। इस सम्बंध में "कोशिका" एवम् उसके न्यासीयों का निर्णय अंतिम और अपरिवर्तनीय होगा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION :

व्यापक के इलाखर य अंठे का निहाल

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

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 अधिकतर, कस्तुरी को और से मानने/संगी को "कोशिका वाटनेशन" से निर्णय सहायता हो सिचारीत की जाती है, जिसे हम (इसमत) निम्न प्रकार से मान्य व स्वीकार करते हैं।

- 1) यह कि न तो संवैधान और न ही कृषि में विविध व्यापक किसी और सरकारी संस्था या किसी अन्य इकाई से उष्ण रंगीपापले में लेने या ले रहे हैं, जैसे कि हमने "कौशिक फाउन्डेशन" से विचारविनिर्माण उष्ण के संस्था में "कौशिक फाउन्डेशन" द्वारा कर रहे हैं। यदि "कौशिक फाउन्डेशन" द्वारा व्यापक विविध आर्थिक/सामाजिक सेवाएं प्रदान की जा रही हैं तो असाधारण किसी अन्य और सरकारी संस्था या किसी अन्य संस्था से संबंध लेने का अधिकार सुरक्षित रहता है। इस दृष्टि में स्पष्ट कहा जाता है कि असाधारण विविध कर उष्ण रंगीपापले में लेने और सरकारी संस्था या किसी अन्य संस्था से नहीं लेगा/लेगी।
2. "कौशिक फाउन्डेशन" से लेने वाले व्यापक संस्था विविध प्रकृति की हैं। लेने या इस्तेमाल द्वारा लेने वाले व्यापक या विविध रूप में उपचार/प्रक्रिया का सुझाव लेने एवं इस्तेमाल के बीच का विषय है और "कौशिक फाउन्डेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई रक्षा नहीं है। इसलिए हस्ताक्षर में लेने के द्वारा मूल्य और अपने जाने की सारी जिम्मेदारी लेने एवं इस्तेमाल की होगी और "कौशिक" की कोई कृषि या जिम्मेदारी इस मामले में नहीं होगी।

## RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE

स्वीकृती के लिए संस्तुति

Date of Surgery  
ऑपरेशन की तारीख

6/1/20

(Name of Dr. & Regn. No. with Stamp)  
 डाक्टर का नाम व रजि. नं. के साथ स्टाम्प

(Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory  
on behalf of Hospital)  
A-9, Kalkaji  
नमः स क इन्द्राज अक्षय अक्षय

नाम स. नं. दम्पत्यत अभिवृत्त अधिकारी

FOR INTERNAL USE of KCSHIKA FOUNDATION

अन्तरिक उपयोग हेतु

SIGNATURE of TRUSTEE 1

न्यासी हस्ताक्षर ।

SIGNATURE of TRUSTEE 2

प्यासी हस्ताक्षर २