

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE

सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)

(स्वास्थ्य देखभाल)



APPLICATION No.: F/0124/0376 (683/23) APPLICATION DATE: 30/1/24  
 आवेदन संख्या: आवेदन तिथि

NAME of APPLICANT: Mrs. Sushila Arora AGE-YEARS अनु. वर्ष 70 SEX लिंग F  
 आवेदक का नाम

FATHER'S/SPOUSE'S NAME: B.P. Arora  
 पिता/कनूष का नाम

PRESENT RESIDENCE ADDRESS वर्तमान आवासीय पता

34, Shyam Nagar Katide, Badli

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS स्थाई आवासीय पता

As Above



OCCUPATION: Housewife  
 व्यवसाय

MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)

TOTAL ANNUAL INCOME: Rs. 1.80 Lacs (Sav's Income)  
 कुल वार्षिक आय

(Attach Proof of Income) -  
 (आय का साक्ष्य संलग्न)

PAN No. स्याई खाता संख्या -

ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable): Yes (No)  
 क्या आप आय कर दाता हैं (जो मान्य हो उस पर सही का निशान लगाएं) हाँ / नहीं

FAMILY DETAILS परिवार विवरण

| Sr. No.<br>क्रम संख्या | Name of Family Member<br>परिवार के सदस्य का नाम | Age (Years)<br>उम्र (वर्ष) | Gender<br>लिंग | Relation with Applicant<br>आवेदक के साथ सम्बन्ध |
|------------------------|---|----------------------------|----------------|---|
| 1                      | Atul Arora                                      | 45                         | M              | Son   |
|                        |   |                            |                |   |
|                        |   |                            |                |   |
|                        |   |                            |                |   |
|                        |   |                            |                |   |
|                        |   |                            |                |   |

BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable)  
 सहायता के लिये विनति आधार

|  |   |  |  |
|--|---|--|--|
| BPL Card<br>(Attach Card Copy)<br>गरीबी रेश के नीचे प्रमाण पत्र<br>(प्रमाण पत्र को छाया प्रति संलग्न करें) | EWS Certificate<br>(Attach Certificate Copy)<br>आय आय वर्ग प्रमाण पत्र<br>(प्रमाण पत्र को छाया प्रति संलग्न करें) | Ration Card<br>(Attach Copy)<br>उपभोगता कार्ड<br>(प्रमाण पत्र को छाया प्रति संलग्न करें) | Any Other<br>Basis/Proof<br>अन्य कोई साक्ष्य |
|--|---|--|--|

"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE:  
 सहायता हेतु किसे गये किन्ती का उद्देश्य:

| Sr. No.<br>क्रम संख्या | Medical Reports/Prescriptions Attached<br>अस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई प्रतिबंधन सूची संलग्न |
|------------------------|--|
|                        | Diagn- LE Cataract   |
|                        | Surg- LE Phaco + IOL   |
|                        |  |
|                        |  |
|                        |  |
|                        |  |

ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES  
 इस उद्देश्य के हेतु कोई अन्य सहायता किन्ती अन्य स्रोत से लिया गया है?

| Sr. No.<br>क्रम संख्या | NAME of OTHER SOURCE<br>अन्य स्रोत का नाम | AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILED<br>ली गई सहायता राशि |
|------------------------|---|---|
|                        |   |   |
|                        |   |   |
|                        |   |   |
|                        |   |   |

Nil

**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, void 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 सही जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई विवरण सही नहीं अथवा असत्य पाया जाता है तो मेरी सहायता निरस्त की जा सकती है।  
 2) मैं यहाँ घोषणा करता हूँ कि "कोशिका फाउन्डेशन", से जो भी सहायता मिले, उसका उपयोग उसी उद्देश्य को पूर्ण करने के लिये किया जाएगा, जो इस प्रारूप में बताया गया है।  
 3) मैं यहाँ घोषणा करता हूँ कि मैं इस सहायता हेतु एक प्रायोजक को नहीं हूँ, एक प्रति का मासिक या सप्ताहिक हिस्सा किसी अन्य संगठन/निर्माता/बीमा कम्पनी से न तो लिया है और न ही भविष्य में लूँगा।

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

- 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 अपने हस्ताक्षर या अंगूठे की छाप लगाकर, मैं (आवेदक) अपनी स्वीकृति की घोषणा करता हूँ एवं "कोशिका फाउन्डेशन और उसके ट्रस्टीयों" को अधिकृत करता हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और जो विवरण इस प्रारूप में घोषित है, उसे "कोशिका" एवम् उसके, दान, सहायता हेतु उद्देश्य से कुछ मासिक/सप्ताहिक और वित्तीय/वैद्यकीय के लिये किसी भी प्रकार माध्यम से प्रसारित करने के लिए अधिकृत है। मेरे प्रारूप का विवरण मेरे इलाज के पहले या बाद में करने के लिए "कोशिका फाउन्डेशन" से जारी अधिकृत है।  
 2) मैं (आवेदक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण जो कि सहायता के उद्देश्य से घोषित है, उसका उपयोग सहायता का हस्ताक्षर नहीं करता। इस सम्बंध में "कोशिका" एवम् उसके ट्रस्टीयों का निष्पक्ष अंतिम और बाध्यकारी होगा।

**APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION :**  
 आवेदक के हस्ताक्षर या अंगूठे का निशान

**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 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.
- हमारे अधिकृत, उपाध्यक्ष की ओर से मामले/रोगी 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 संगठन या किसी अन्य संगठन से इस रोगी/मामले में ली जायेगी, जैसे कि हमने "कोशिका फाउन्डेशन" से सिफारिश/निर्देशित उक्त के सम्बंध में "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा सहायता हेतु किया है। यदि "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा सहायता वित्तीय अधिकृत/सकल हेतु मन्तव्य नहीं किया जाता है तो अस्पताल किसी अन्य सरकारी संगठन या किसी अन्य संगठन से सहायता लेने का अधिकार सुरक्षित रखता है। इस घोषित में स्पष्ट कहा जाता है कि अस्पताल द्वितीय पार उक्त रोगी/मामले हेतु किसी भी सरकारी संगठन या किसी अन्य संगठन से नहीं लेगा/लेगी।  
 2. "कोशिका फाउन्डेशन" से ली गई सहायता केवल वित्तीय प्रकृति की है। रोगी पर उपचार/प्रक्रिया का चुनाव रोगी एवं हस्पताल के बीच का विषय है और "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई दबाव नहीं है। इसीलिये हस्पताल में रोगी के शल्य चिकित्सा और जाने जाने का सभी जिम्मेवारी रोगी एवं हस्पताल को होगी और "कोशिका" को कोई भूमिका या जिम्मेवारी इस सम्बंध में नहीं होगी।

**RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE**  
 स्वीकृती के लिए संस्तुति

|   |   |  |
|---|---|--|
| Date of Surgery<br>ऑपरेशन की तारीख<br><br>23/1/24 | Dr. Shubha Mehta<br>DMC No. 64798<br>(Name of Doctor Affiliated with Centre)<br>डॉक्टर का नाम व इलाज के लिए | Dr. Rohit Harrison<br>(Name, Designation & Stamp of Authorized Signatory on behalf of Hospital)<br>डॉक्टर का नाम व भर हस्पताल अधिकृत अधिकारी |
|---|---|--|

**FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION** आंतरिक उपयोग हेतु

|  |  |
|--|--|
| SIGNATURE of TRUSTEE 1<br>नामी हस्ताक्षर 1 | SIGNATURE of TRUSTEE 2<br>नामी हस्ताक्षर 2 |
|  |  |