

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE
सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)
(स्वास्थ्य इन्द्रियाल)



Building block of He

APPLICATION No.: F 10424 / 0034 (166/24)
आवेदन संख्या :

APPLICATION DATE : 23/4/24
आवेदन तिथी

NAME of APPLICANT :
अरोपक फा नाम

Mrs Loomis, Mrs.

AGE-YEARS आयु-वर्ष SEX लिंग

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

Ram Dyal

PRESENT RESIDENCE ADDRESS वासस्थान संक्षेप में

A-4 Srinivasipuri New Delhi

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS : रुद्रांग आवासीय पता

PS Above



OCCUPATION: कृषि

MARRIED () / UNMARRIED ()

TOTAL ANNUAL INCOME: ₹ 1,50,000/- (Family Income) (Attach Proof of Income)
कुल वार्षिक आय (आप का सम्पत्ति संलग्न) —

PAN No. २३०१ सात संगम

ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE? (Tick whichever is applicable):

Yes No
Planned

FAMILY DETAILS परिवार विवर

BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable)

BPL Card
(Attach Card Copy)

EWS Certificate
(Attach Certificate Copy)
आप अब वार्ता प्रमाण पत्र
द्वारा अपने नाम को अपनी प्रति संलग्नता करें।

Ration Card
(Attach Copy)
उपभोक्ता कार्ड
प्रमाण पत्र वैध छाप संसाधन करो

Any Other
Basis/Proof
अन्य कोई साक्ष्य

"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE:

साइरस द्वारा लिखे गए शिवारी का उद्देश्य-

ASSISTANCE BEING AVALIABLE for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES
अन्य संस्थानों के द्वारा कोई अन्य समर्पण कियी अथवा सहायता प्रदान की गयी हो?

DECLARATION by APPLICANT: अवेदक द्वारा चाहिए यह:

- 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.
- 4) मैं प्राप्त करता हूँ कि इस प्रतीक में लिखे गये सभी विवरण जो आवश्यक समय एवं सही हैं। परं कोई विवरण ऐसे कठोर असल पाया जाता है तो मेरी सहायता निवाल की जा सकती है।
- 5) भी द्वारा जो वास्तविक गति "कोशिका फाउंडेशन", मेरी जो नहीं है, उसका उपर्युक्त उसी उद्देश्य को पूर्ण के लिये किया जायेगा, जो इस प्राप्ति में भाग गया है।
- 6) मैं पुरुष करता हूँ कि विवर सहायता हेतु उस ग्राहक जो नहीं है, उस लिए कि आवश्यक वह सकल हिस्सा विशेष आवश्यकियोंका बीच कामी से न जो लिया है और न तो अधिक न हो लैगा।

AGREEMENT by APPLICANT (अवेदक द्वारा करने)

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 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 प्रतीक पर ज्ञान हस्ताक्षर या लंबाई को लिया जायेगा, मैं (अवेदक) अपनी सहमति को पुरुष करता हूँ कि "कोशिका फाउंडेशन और उसके ज्ञानीयों" जो अधिकृत करता हूँ कि मेरा नाम, जन्म, पांडा और जो विवरण इस प्रतीक में दर्शित है, उसे "कोशिका" इन्हें ज्ञानीय, जन्म, जाननाया होता उद्देश्य से उन्हीं गतिविधियों और उपलब्धियों के लिये किसी भी प्रसार भव्यतम से प्रसारित करने के लिए, अधिकृत है। मेरे प्रतीक का विवरण गंतव्य यह करने के लिए कि "कोशिका फाउंडेशन" वे ज्ञानी अधिकृत हैं।
- 2) मैं (अवेदक) इस बाये से महसूस हूँ कि मेरा नाम, जन्म, पांडा और विवरण जो कि सहायता के उद्देश्यों से प्राप्ति है पूर्ण स्वतः सहायता का हकदार नहीं बनता। इस सम्बन्ध में "कोशिका" एवं उसके ज्ञानीयों का निर्णय अदिकृत और जाप्तकरी होगा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION :

अवेदक को इसकाल या अपेक्षित जिम्मा

5/2/23 द्वारा

AGREEMENT by HOSPITAL (हस्पातल द्वारा करने)

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 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 or 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 अधिकृत, डॉक्टरी को और से पाठ्यसंस्था को "कोशिका फाउंडेशन" से विविध लक्ष्यों हेतु सहायता की जाती है, जिसे हम (हस्पातल) निज प्रकार से ज्ञान व स्वीकार करते हैं।

1) यह यह कि न हो वर्तन और न हो भवित्व में विविध सहायता किसी भी साक्षात् संस्थान या किसी अन्य संस्थान से उक्त संस्थानोंमें तो यह तो होता है, जैसे कि हमने "कोशिका फाउंडेशन" से नियन्त्रित विनाशी उपकरण के सम्बन्ध में "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा नियन्त्रित होता है। परं "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा सहायता लिनेवाली अधिकारीकाल होता है जो किसी जाति हो या साक्षात् या उपकरणीय संस्थान के अधिकारी होता है। इस पूर्ण में सम्बन्ध कहा जाता है कि अस्पताल द्वितीय नियन्त्रित उपकरण से संबंधित या किसी अन्य संस्थान से नहीं होता है।

2. "कोशिका फाउंडेशन" से जो गई सहायता की तरफ विविध प्रकृति की है। ऐसी पर अस्पताल द्वारा ही गई सहायता या किसी गई उपचार/प्रक्रिया का चुनौती गयी एवं अस्पताल के बीच का विवर है और "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई व्यवहार नहीं है। इसीलिये अस्पताल में रोगी के उल्लंघन नुस्खा और जाने जाने की जांच विवेदियों गयी एवं अस्पताल की ओरांगों और "कोशिका" की कोई भूमिका का विवेदियों इस वापसी में नहीं होती।

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE

स्वीकारको के लिए संस्थानी

Date of Surgery आवेदन की तारीख <i>23/4/24</i>	Dr. Apoorva Agrawal DMC No. 36913 Shroff Eye Centre (Name of Dr. & Regn. No. with Stamp) दाक्तर का नाम व हस्पातल का नंबर -	Dr. Rohit Harris Chief Advisor Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory Shroff Eye Centre गाम व पद हस्पातल अधिकृत अधिकारी
---	--	--

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION आनंदिक उपयोग हेतु

SIGNATURE of TRUSTEE 1
नामी हस्पातल 1

Rohit

SIGNATURE of TRUSTEE 2
नामी हस्पातल 2

Lic RB