

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE (Healthcare) सहायता हेतु आवेदन प्रारूप (स्वास्थ्य देखभाल)		 Building block of life.		
APPLICATION No.: F/1223/0287 (G27/23) आवेदन संख्या:		APPLICATION DATE: 07/12/23 आवेदन तिथि		
NAME of APPLICANT: Mrs. Sanjay आवेदक का नाम		AGE-YEARS: 82 आयु-वर्ष	SEX: F लिंग	
FATHER'S/SPOUSE'S NAME: Menkalal पिता/कटुम्भ का नाम				
PRESENT RESIDENCE ADDRESS: 448/6 Dookshimpuri New Delhi वर्तमान आवास पता				
PERMANENT RESIDENCE ADDRESS: As Above स्थायी आवासीय पता				
OCCUPATION: h/w व्यवसाय		MARRIED (विवर्धित) / UNMARRIED (अविवर्धित)		
TOTAL ANNUAL INCOME: Rs. 1.00 Lac (Family Income) कुल वार्षिक आय		(Attach Proof of Income) (आय का साक्ष्य संलग्न)		
PAN No. स्थायी खाता संख्या				
ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable) क्या आप आय कर दाता हैं (जो मान्य हो उस पर सही का निशान लगाएं)				
Yes (No) हां / नहीं				
FAMILY DETAILS: परिवार विवरण				
Sr. No. क्रम संख्या	Name of Family Member परिवार के सदस्यों का नाम	Age (Years) उम्र (वर्ष)	Gender लिंग	Relation with Applicant आवेदक के साथ सम्बन्ध
1	Ram Kishan	60	M	Son
2	Ram Shetkar	55	M	Son
BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable) सहायता के लिए निम्न आधार				
BPL Card (Attach Card Copy) गरीबी रेशा के नीचे प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें)	EWS Certificate (Attach Certificate Copy) अल्प आय वर्ग प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें)	Ration Card (Attach Copy) उपभोक्ता कार्ड (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें)	Any Other Basis/Proof अन्य कोई साक्ष्य	
"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE: सहायता हेतु किये गये निम्न का उद्देश्य:				
Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached अस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई प्रत्येकन सूची संलग्न			
	Diag:- LE Cataract			
	Sub:- LE ECCE + IOL			
ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES इस उद्देश्य के हेतु कोई अन्य सहायता किसी अन्य स्रोत से लिया गया है?				
Sr. No. क्रम संख्या	NAME of OTHER SOURCE अन्य स्रोत का नाम		AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILED तो गई सहायता राशी	
	NIL			

DECLARATION by APPLICANT: (अवेदक द्वारा संकेत करना)

- 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 निरस्य एवं कथन असत्य पाया जाता है तो मेरी सहायता निरस्त की जा सकती है।
- 2) मैं दृढ़ता से स्थापना करती हूँ कि "कोशिका फाउंडेशन" से जो भी मदद मिलेगी, उसका उपयोग केवल उद्देश्य के पूर्ण के लिये किया जाएगा, जो इस प्रारूप में बताया गया है।
- 3) मैं पुष्टि करता हूँ कि मैं किसी सहायता हेतु या प्रत्येक को नहीं हूँ, उस मदद का अधिकतम या समस्त हिस्सा किसी अन्य स्रोत/नियोक्ता/बीमा कंपनी से नहीं लियेगा और न ही भविष्य में लूँगा।

AGREEMENT by APPLICANT (अवेदक 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/post-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 (अवेदक) अपनी सहमति को पुष्टि करता हूँ एवं "कोशिका फाउंडेशन और उसके न्यासीयों" को अधिकृत करता हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और मेरे विवरण इस प्रकार में प्रयोग हों। उसे "कोशिका" एक व्यक्ति, व्यक्ति, व्यक्ति/या इसके उद्देश्य में मुझे जानकारी/और जानकारी के लिये किसी भी प्रकार माध्यम से प्रसारित करने के लिये अधिकृत है। मेरे प्रारूप का विवरण मेरे हस्ताक्षर के पक्ष या बाद में करने के लिये "कोशिका फाउंडेशन" के न्यासीयों अधिकृत है।

2) मैं (अवेदक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण जो कि सहायता के उद्देश्यों से प्रसारित हैं मुझे स्वतः सहायता का हकदार नहीं बनाता। इस सम्बंध में "कोशिका" एक व्यक्ति/व्यक्तियों का निर्णय अंतिम और स्वीकार्य होगा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION :

अवेदक के हस्ताक्षर या अंगूठे का निशान

सावित्री

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.

हमने अधिकृत, हस्ताक्षर की ओर से मान्यता/गोपनी को "कोशिका फाउंडेशन" से वित्तीय सहायता हेतु सिफारिश की जाती है। जिस रूप (हस्पताल) विभिन्न प्रकार से माध्यम स्वीकार्य करते हैं।

1) यह कि न तो वर्तमान और न ही भविष्य में वित्तीय सहायता किसी और सहायता संप्रदान या किसी अन्य स्रोत से उसी रोगी/रोगी/रोगी से लेंगे या रहे हैं, जैसे कि हमने "कोशिका फाउंडेशन" से सिफारिश/अनुमति प्राप्त की है। यदि "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा सहायता वितरित अधिकतम/सकल हेतु मंजूर नहीं किया जाता है तो अस्पताल किसी अन्य और सहायता संप्रदान या किसी अन्य सहायता से सहायता लेने का अधिकार सुरक्षित रखता है। इस पुष्टि में स्पष्ट कहा जाता है कि अस्पताल द्वितीय चरण तक रोगी/रोगी/रोगी हेतु किसी और सहायता संप्रदान या किसी अन्य सहायता से नहीं लेगा/लेगी।

2) "कोशिका फाउंडेशन" से जो भी सहायता दी जाएगी वित्तीय प्रकृति की है। रोगी पर हस्पताल द्वारा दी गई सलाह या किये गये उपचार/प्रक्रिया का चुनाव रोगी एवं हस्पताल को बीच का विषय है और "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई दबाव नहीं है। इसलिये हस्पताल में रोगी के इलाज सुख और अपने जाने की पूरी जिम्मेदारी रोगी एवं हस्पताल की होगी और "कोशिका" को कोई ज़िम्मेदारी या जिम्मेदारी इस मामले में नहीं होगी।

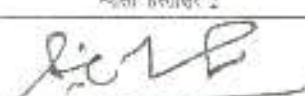
RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE

स्वीकृति के लिए संस्तुति

Date of Surgery अपरेशन की तारीख	Dr. Shubna Mehta DMC No. 64798 (Name of Dr. & Room No. with Stamp) डॉक्टर का नाम व इलाका का सील, नं.	Dr. Rohit Harrison (Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory Chief Administrative Officer Shree Eye Centre) होस्पताल अधिकृत अधिकारी
------------------------------------	---	--

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION

आंतरिक उपयोग हेतु

SIGNATURE of TRUSTEE 1 न्यासी हस्ताक्षर 1	SIGNATURE of TRUSTEE 2 न्यासी हस्ताक्षर 2
	

15-06-2023