

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE सहायता हेतु आवेदन प्रारूप		(Healthcare) (स्वास्थ्य देखभाल)		 Koshika foundation Building Block of life	
APPLICATION No.: S/0622/041 (414/21)		APPLICATION DATE: 21/06/22			
NAME of APPLICANT: Mrs Bishni		AGE-YEARS आयु वर्ष: 60		SEX लिंग: F	
FATHER'S/SPOUSE'S NAME: Mantri					
PRESENT RESIDENCE ADDRESS: B-403, Midampur Khodai New Delhi					
PERMANENT RESIDENCE ADDRESS: As Above					
OCCUPATION: h/w				MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)	
TOTAL ANNUAL INCOME: Rs. 2.00 Lacs (Family Income)				(Attach Proof of Income) —	
PAN No. [Blank]					
ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable): Yes / No हाँ / 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 को साथ सम्बन्ध	
01	Parsad	35	M	Son	
BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable) सहायता के लिये निर्धार 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 निम्न कौन विकारी का उद्देश्य:					
Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached अस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई प्रतिवेदन सूची संलग्न				
	Diag:- RE Cataract				
	Sur:- RE Phaco + IOL				
ASSISTANCE BEING AWARDED 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 AWARDED तो गई सहायता राशि	
NIL					

DECLARATION by APPLICANT: প্রাৰ্থকৰ দ্বাৰা ঘোষণা: ☐

- 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 Kushtika 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 विवरण एवं कथन असत्य पाया जाता है तो मेरी सहायता निरस्त की जा सकती है।
- 2) मेरे द्वारा मे सहायता यदि "कांक्षित प्रयोजन" से ली जा रही है, उसका उपयोग उसी उद्देश्य की पूर्ति के लिये किया जायेगा, जो इस प्रारूप में भरा गया है।
- 3) मैं प्रतिबद्धता करता हूँ कि मैं इस सहायता हेतु वह प्रार्थन नहीं करूँ कि उस राशि का अधिकतम या समस्त हिस्सा किसी अन्य स्रोत/एम्प्लॉयर/बोना कम्पनी से वापस ले लिया जाये और मैं इसे वापस नहीं लूँगा।

AGREEMENT by APPLICANT (signature and date)

- 1) By affixing my signature or thumb impression on this Form, I (Applicant) hereby agree & authorise Koshika Foundation and it's 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 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 का उत्तर इसलिए या अंग्रेजी में देना आवश्यक है। (आवेदक) अपनी जानकारी को पुष्टि करता हूँ एवं "कोशिका फाउंडेशन" और उसके न्यासीयों "को" अधिकृत करता हूँ कि वे मेरा नाम, पता, फोटो और जो विवरण इस प्रश्न में प्रोक्त है, उसे "कोशिका" द्वारा न्यासी, दान, कार्यक्रमों द्वारा उद्देश्य से जुड़ी गतिविधियों और उपलब्धियों को विभिन्न माध्यमों से प्रसारित करने के लिए अधिकृत है। मेरे प्रश्न का विवरण मेरे प्रश्न को पहले या बाद में करने के लिए "कोशिका फाउंडेशन" या न्यासी अधिकृत है।
- 2) मैं (आवेदक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण को कि कबाला को उद्देश्यों से प्रसारित है मुझे स्वतः सहायता का इकाया नहीं बनाता। इस सम्बंध में "कोशिका" द्वारा उसके न्यासीयों का निर्णय अंतिम और बाध्यकारी होगा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION:

अधिकारों में समझौता या अंगरेजों का विरोध



AGREEMENT BY HOSPITAL (हॉस्पिटल 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.

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE

स्वीकृती के लिए संख्या

Date of Surgery
अपरेसन की तारीख

21/06/22

(Name of Dr. & Regn. No. with Stamp)

हाजरा का नाम व हस्ताक्षर व दि. न.

Dr. Vandana Gupta

Medical Superintendent
Shroff Eye Centre

A-9. Kailash Chohan, New Delhi-110048

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION

आन्तरिक उपयोग हेतु

SIGNATURE of TRUSTEE 1

न्यासी दण्डवत् ।

Ergebnis

SIGNATURE of TRUSTEE 2

न्यायमै समन्वय ३

100