

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE (सहायता हेतु आवेदन प्रारूप)		(Healthcare) (स्वास्थ्य देखभाल)		 Koshika foundation Building Block of Life	
APPLICATION No: S/0722/115 (131/21)		APPLICATION DATE: 05/07/20			
NAME of APPLICANT: Mrs. Shrikantale		AGE-YEARS: 72		SEX: F	
FATHER'S/SPOUSE'S NAME: Hira Lal					
PRESENT RESIDENCE ADDRESS: 1199/36 Mandlamgir New Delhi					
PERMANENT RESIDENCE ADDRESS: As Above					
OCCUPATION: H/W				MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)	
TOTAL ANNUAL INCOME: Rs. 1.50 Lacs (Family Income)				(Attach Proof of Income)	
PAN No. [Blank]					
ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable): Yes/No					
FAMILY DETAILS					
Sr. No.	Name of Family Member	Age (Years)	Gender	Relation with Applicant	
1	Dharmendra	47	M	Son	
BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable)					
SPL Card (Attach Card Copy)		EWS Certificate (Attach Certificate Copy)		Ration Card (Attach Copy)	
गरीबी रखा के नीचे प्रमाण पत्र		आय आय वर्ग प्रमाण पत्र		उपभोक्ता कार्ड	
(प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें)		(प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें)		(प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें)	
"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE:					
रहायश हेतु किये गये किसी का उद्देश्य:					
Sr No	Medical Reports/Prescriptions Attached				
क्रम संख्या	अस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई प्रतिवेदन सुची संलग्न				
	Diag- LE Cataract				
	Sur- LE Phaco + IOL				
ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES					
इस उद्देश्य के हेतु कोई अन्य सहायता किसी अन्य स्रोत से ली जा रही है?					
Sr. No.	NAME of OTHER SOURCE	AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILED			
क्रम संख्या	अन्य स्रोत का नाम	तो यह सहायता कितनी			
	Nil				

DECLARATION by APPLICANT अर्जदक द्वारा घोषणा पर:

- 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 Kustika 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 suro/employer/insurance company, of the amount for which this assistance is requested.
- 1) मैं यहाँ पर कह रहा हूँ कि इस प्रारूप में दिये गये सभी विवरण मेरी जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई ग़लतबतियारी किये गए जानकारी पाया जाता है तो मेरी सहायता निरस्त की जा सकती है।
- 2) मैं यहाँ पर सहायता यदि "कानिक्ता फाउन्डेशन" से लेनी जा रही है, उसका उपयोग इसी उद्देश्य को पूर्ति के लिये किया जाएगा, जो इस प्रारूप में बताया गया है।
- 3) मैं यहाँ पर कह रहा हूँ कि मैं अपने स्वास्थ्य हेतु या अन्य किसी भी हेतु से, इस राशि का कोई भी अन्तर्गत दिवस किसी अन्य प्रोवाइडर/एम्प्लॉयर/इन्सुरन्स कंपनी से न ले सकूँ और न ही भविष्य में लूँ।

AGREEMENT by APPLICANT (अर्शक द्वारा म-मर)

- 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 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 जहाँ इच्छातः या अनिवार्य रूप से आप सहमत हो (अपरोक्ष) आपको सहमत हो चुकित करना है एवं "कोशिका फाउंडेशन और उसके प्रबन्धकों" को अधिकृत करते हैं कि वे आप नाम, पता, फोटो और जो विवरण इस प्रश्न में धारित है, उसे "कोशिका" एवम् स्वामी, दाता, वाचनाक दाता उद्देश्य से कुछ प्रतिबंधितियों और उपलब्धियों के लिये किसी भी प्रकार माध्यम से प्रसारित करने के लिए अधिकृत है। ये प्रश्न का विवरण भी प्रत्येक के पहले या बाद में करने के लिए "कोशिका फाउंडेशन" या म्यापी अधिकृत है।
- 2) मैं (अपरोक्ष) इस बात से सहमत हूँ कि वे नाम, पता, फोटो और विवरण जो कि माध्यम के उद्देश्य से प्रसारित हो चुकित है स्वतः सहायता का स्वरूप नहीं बनाता। इस सम्बंध में "कोशिका" द्वारा उसके प्रबन्धकों या निजों अतिरिक्त और वाचनाक दाता द्वारा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION _____

अध्यात्म के द्वाभार या अंगठे का नियान

ଅଫୁଲକା

AGREEMENT by HOSPITAL (हस्ताक्षरित होना चाहिए)

- 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 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.

हमारे अधिकृत, सम्बन्धी की ओर से मायसेलेगी की "कांशिक साठन्टान" से विरिष सहायता से सिफारिश की जाती है, जिसे हम (दृश्यता) निम्न प्रकार से मान्य व स्वीकार करते हैं।

- 1) यह कि न तो सर्वान और न ही भविष्य में विविध सहायक किसी एक साक्षरी सम्बन्ध या किसी अन्य स्त्रोत से उक्त ऐसी-मासले में लगे या ले रहे हैं, जैसे कि हमने "कोशिका फाउन्डेशन" में विफासि/विमर्श उक्त के सम्बन्ध में "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा मन्त्र हेतु कि है। यदि "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा सहायक किसी साक्षर/सम्बन्ध हेतु मन्त्र नहीं किया जाता है तो अगला किशो अन्य एक साक्षरी स्त्रोत या किसी अन्य सम्बन्ध में सहायता लगे का अधिकार सुनिश्चित रहता है। इस कृत में स्पष्ट कहा जाता है कि अगला द्वितीय मन्त्र उक्त ऐसी-मासले हेतु किसी एक साक्षरी स्त्रोत या किसी अन्य सम्बन्ध में लगे लगा-लगी।
- 2- "कोशिका फाउन्डेशन" से लगे लगे सहायता केवल विविध प्रकृति की है। ऐसी एक दृष्टिकोण द्वारा ही यह साक्षर या किसी एक उपाय/प्रक्रिया का सुचारु रोगी एवं दम्पत्य के बीच का विचार है और "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई दान नहीं है। इसीलिए दम्पत्य में रोगी के शायद सुख और उसे जाने की सही जिम्मेदारी रोगी एवं दम्पत्य की होगी और "कोशिका" की कोई भविष्य या जिम्मेदारी इस मामले में नहीं होगी।

RECOMMENDED FOR ACCEPTENCE

सर्वोक्तों के लिए संस्कृति

Date of Surgery

अपेक्षा की कमी के कारण
अपेक्षा की कमी के कारण

05/07/22

Dr. Shubha Mohan
DMC No. 04738
(Name of Doctor & Reg. No. with Stamp)
डाक्टर का नाम व हस्ताक्षर व छिद्र नं.

Dr. Vandana Gupta
MBBS, DNB, MRCG (Fellow of Authorised Signatory
Medical Superintendent (Hospital)
Shroff Eye Centre अधिकारी अधिकारी

क. ९, कालिका कॉलोनी, नई दिल्ली-११००४६
अनिलक. अग्रवाल एल

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION

SIGNATURE of TRUSTEE 1

व्याप्तौ हस्ताक्षर ।

Exempel

SIGNATURE of TRUSTEE 2

न्यासो हस्तोत्तरः ।

2017